

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 746695020 ***** 2019

NOME

LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

ALIANCA-PE

CPF / CNPJ

052.615.084-01

PLACA

KIF7824

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2JC3D101R017108

ESPECIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. ANO MOD.
2000 2001

CAP / POT / CIL
2P/124CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
I IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS
1* *****

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2* *****
3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
80.11

IOF (R\$)
0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)
84.58

DATA DE PAGAMENTO
01/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ALIANCA

LECAL

DATA
02/02/19

Roberto Carlos Moreira Pontelles
Diretor Presidente DETAN/PE

Intermediária

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014488077028 BILHETE DE SEGURO DPVAT
LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

55890-0

ALIANCA-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 02/02/19

PLACA

KIF7824

VIA CPF / CNPJ
1 052.615.084-01

RENAVAM
746695020

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. 2000

NP CHASSI
9C2JC3D101R017108

CAT. TABELA 09

DATA EMISSÃO 02/02/19

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$)
36.05

DENATRAN (R\$)
4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)
40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4.15

IOF (R\$)
0.32

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
44.38

PAGAMENTO
 COTA ÚNICA
 PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
01/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ESTE NÃO É DE PÓRTA OBRIGATÓRIO.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190467869

Nome do(a) Examinado(a): LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): zona rural eg aninga, 41 - Timbaúba/PE - CEP 55870-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 752871 - SSP - PE

Data e Local do Acidente : 05/05/2019 - TIMBAÚBA PE

Data e Local do Exame : 19/08/2019 RODOVIA PE - 75 KM 2,2 , S/N - GOIANA/PE - CEP 55900-000

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA FÍBULA PROXIMAL EM JOELHO DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 05/05/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA FÍBULA PROXIMAL EM JOELHO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO INGUINO MALEOLAR POR 50 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERA DA FÍBULA PROXIMAL DO JOELHO, EDEMA (2+/4+), DOR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO ACIMA DE 90°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERA DA FÍBULA PROXIMAL DO JOELHO
EDEMA

DOR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO ACIMA DE 90°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°

DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I
CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO

DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO
AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

JOELHO DIREITO

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



TIAGO MARTINS FORMIGA CRM : 8085 / UF :PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467869 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA PROXIMAL EM JOELHO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERA DA FÍBULA PROXIMAL DO JOELHO, EDEMA (2+/4+), DOR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO ACIMA DE 90°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO INGUINO MALEOLAR POR 50 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 50 % DO JOELHO ESQUERDO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE NOVA INDENIZAÇÃO.

COMO FOI ESGOTADO A LATERALIDADE DO SEGMENTO NO SISTEMA, OPTADO POR COLOCAR O DANO EM OUTRO SEGMENTO COM MESMA VALORAÇÃO DEFERIDA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467869 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA PROXIMAL EM JOELHO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERA DA FÍBULA PROXIMAL DO JOELHO, EDEMA (2+/4+), DOR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO ACIMA DE 90°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO INGUINO MALEOLAR POR 50 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 50 % DO JOELHO ESQUERDO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE NOVA INDENIZAÇÃO.
COMO FOI ESGOTADO A LATERALIDADE DO SEGMENTO NO SISTEMA, OPTADO POR COLOCAR O DANO EM OUTRO SEGMENTO COM MESMA VALORAÇÃO DEFERIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467869 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P5).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467869 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P5).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269330/19

Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

CPF: 052.615.084-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2019

Titular do CPF: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA : 052.615.084-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/08/2019
Nome: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA
CPF: 052.615.084-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467869

Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 05/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467869

Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 05/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190467869**

Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 05/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000877

Conta: 000001014-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

052 635 084 03

Nome completo da vítima:

Lucivaldo Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Lucivaldo Henrique da Silva

CPF:

052 635 084 03

Profissão:

Endereço:

Endereço:

Zona Rural (E.G. Aminho)

Número:

41

Complemento:

Casa

Bairro:

Cidade:

Cidade:

Timbaúba

Estado:

PE

CEP:

56870-000

E-mail:

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0877

CONTA: 3034

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE*

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Timbaúba - 05-08-2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

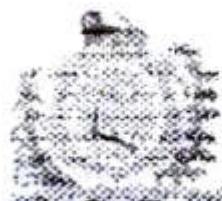
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 059ª CIRCUNSCRIÇÃO - FERREIROS -
 DP59ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0149000312

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/07/2019 às 08:56

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 05/07/2019 às 07:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1, ENGENHO NINGÁ ZONARURAL - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO /BRASIL
 Local do Fato: ENGENHO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)
 LUCINALDO HENRIQUE DASILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUCINALDO HENRIQUE DASILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

LUCINALDO HENRIQUE DASILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: JOSEFA GOMES DA SILVA Pai: ANTONIO HENRIQUE DA SILVA Data de Nascimento: 4/2/1977 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 0052871/33P/PE (RG), 05261588401 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1, ENGENHO NINGÁ - ZONA RURAL - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUCINALDO HENRIQUE DASILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): LUCINALDO HENRIQUE DASILVA Categoría/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN MS Objeto apreendido: Mão Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KIF7624 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 746695020 Chassi:

SC2JC3D101R017188

Ano Fabricação/Modelo: 2000/2001 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE SEGUIA EM DIREÇÃO A SUA RESIDENCIA, POR UMA ESTRADA E TERRA PLANAGEM, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA OUTRA MOTOCICLETA, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO, ONDE VEIO A COLIDIR, TENDO PERDIDO O EQUILÍBrio, CAINDO NO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA LOCAL ONDE SOFREU UM TRAUMA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

LUCINALDO HENRIQUE DASILVA 
(VITIMA)

Condutor da ocorrência:

Nome: VALDEMAR FRANCISCO DA SILVA

Cargo: COMISSÁRIO - Função: NÃO INFORMADO - Matrícula: 130339-2 - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 059^a CIRCUNSCRIÇÃO - FERREIROS - DR 9^o CIRC DINTER/11^o DESEC

B.O. registrado por: VALDEMAR FRANCISCO DA SILVA - Matrícula: 130339-2



Entregue Fisico:

Entregue por:

Mediunidade: Localização:

Equipe de Translado:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

052 635 084 03

Nome completo da vítima:

Lucivaldo Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Lucivaldo Henrique da Silva

CPF:

052 635 084 03

Profissão:

Endereço:

Zona Rural (E.G. Amingo)

Número:

41

Complemento:

Casa

Bairro:

Zona Rural (E.G. Amingo)

Cidade:

Timbaúba

Estado:

PE

CEP:

56370-000

E-mail:

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS CADASTRAIS

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0877

CONTA: 1034

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE*

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário declarante

Local e Data: Trindade - 05 - 08 - 2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 05/05/19

HORA: 09:30

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N° DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 40

Nome: Guercalde Henrique da Silva
 Cartão SUS: 709201235059832 Sexo: M Data Nasc: 01/02/77 Idade: 42
 Nome da mãe: Josefa Gomes da Silva
 Logradouro: Insenho Jardim Nº _____
 Complemento: lote Bairro/Localidade: Zona rural
 Município: Timbaúba UF: PE Telefone: () _____ NI

Rubrica do Colaborador: _____

2- ANAMNESE:

P.A. refusado agradar a medicina
dysuria urina branca
brincos tontura
urina branca
urina branca 1000 ml 1000 ml 1000 ml
urina branca 1000 ml 1000 ml 1000 ml
urina branca 1000 ml 1000 ml 1000 ml
urina branca 1000 ml 1000 ml 1000 ml

3- SSVV: T _____ F.C. _____ PA: _____ F.R. _____ Glasgow: 14 SatO2 _____ HGT _____

4- EXAMES COMPLEMENTARES: Laboratório Radiológico ECG Outros

Hipótese Diagnóstica:

Câncer

CIP: _____

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Conduta: Medicação Observação Alta HospitalarSaída: Data/Hora _____ às _____ h. Alta referido para USB Óbito Outra Unidade de Urgência Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

01 Colchonete
01 Diclofenac

Dr. Ricardo Dias Maciel
 Médico
 CRM-PE 26024

15:17 by a female ♂.

Female - Female ♂ Crypt +
Furcula.

67: Transfus. 506 fêmea
AO HOSP. REGIONAL LIMA S. -
data. 26/7/1994 outeira

Dr. Riedel Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024

FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE (X) AMARELO () VERMELHO ()

NOME: Leuvainaldo Henrique da Silva IDADE: 42
 DATA: 05/05/19 HORA: 09:30 MUNICÍPIO: Timbaúba - PE

PA: _____ T: _____ FC: _____ SAT: _____ PESO: _____ HGT: _____
 HAS DM ALERGIA MED

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC<50 ou 140 () FR >32 vpm () FR <10 ()
 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
 3- Sudorese () PAS <80mmHg () PAD >130 mmHg ()
 4- Irresponsivo ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
 2- FC <50 ou > 140 () PAS <90 ou > 240 () PAD >130 sem sintomas ()
 3- Febre >39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ <10% ()
 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
 10- História de até 72h de:
 Melena () Hematêmese () Enterorragia () Epistax ()
 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()

III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como **VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE**

- 1- Dor de ouvido moderada/ grave () Dor abdominal ()
- 2- Febre sem outros sinais clínicos ()
- 3- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ()
- 4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhorias ()
- 5- Internamento eletivo ()
- 6- Abscesso exceto face/ retroauricular ()

LSC: Dor e edema em

IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- **CLASSIFICAÇÃO AZUL**)

- 1- Tosse crônica ou recorrente ()
- 2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ()
- 3- Coriza crônica ou recorrente ()
- 4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ()
- 5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()
- 6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()
- 7- Dor abdominal crônica ()
- 8- Afecções de pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ()

MSI e MMII após

batida de moto.

ENCAMINHADO:

ORIENTOU:

Shirley Dinoá
Enfermeira
COREN 426.210

SOTA.
ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

UPA24h



BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp. Regional Limoeiro - outorga

Paciente: Ciclista 17 anos de Silveira

Idade: 41 anos

Senha: 567+724

Anamnese: Colisão motocicleta - motocicleta
mai + 3 horas. + trauma anterior

Pneu (P) - não - arrasto de Vânto

Exame Físico: Edema - Pneu (P)

�s de Pneu (P) : Fratura na fibula (P)

Hipótese Diagnosticada Fratura completa +
fibula e tibia proximal fibula (P)

Medicamentos/Procedimentos Realizados:

Dijinor + Voltaren

Equipe de Transferência:

Médico

Dr. Riedel Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024

Data: 05/05/19

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 00000001014-7

Nr. da Autenticação 5B140F2832BFD2BA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lucinélio Henrique da Silva,

RG nº 60.528.71, data de expedição 18/02/98, Órgão SSP-CE,

CPF nº 062.615.084-03, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Zona Rural (F.G. Aminaga)</u>
Número	<u>43</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>F.G. Aminaga</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55870-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99540-1444</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbaúba, 05-08-2019

Assinatura do Declarante:





DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSÉ DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

EG ANINGA 41

CPF: 015.396.724-25 NIS: 163885201711

ZONA RURAL, TIMBALIBA/TIMBALIBA RURAL

CLASSIFICAÇÃO

TIMBALIBA PE

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

55870-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
058297494	UNICA	15/04/2018
	2002924851	4083734

DATA DE VENCIMENTO	MÊS/ANO
23/04/2019	04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	15/05/2019

33,77

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Abto até 30 kWh	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abto superior a 30 até 100 kWh	30.000.000	0,19071668	5,72
Contrib. ilum. Pública Municipal	67.000.000	0,32694288	21,90
			6,15

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE LEITURAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3121577360	CAT	18630000	4.872,00	15/04/2019	4.949,00	26	1.00000

33,77

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	ICMS
ABR18	07
MAR18	107
FEV18	08
JAN18	78
DEZ18	89
NOV18	82
OUT18	82
SET18	64
AGO18	60
JUL18	63
JUN18	70
MAR18	49
ABR18	80

INFORMAÇÕES DE TIRIBUTO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
27.82	1,35	0,37
27.82	0,21	1,71

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

geração de Energia	R\$ 11,94	42,87%
transmissão	R\$ 1,75	6,34%
distribuição (celpe)	R\$ 8,19	28,68%
perdas de Energia	R\$ 2,57	9,30%
encargos Sistelar	R\$ 1,19	4,31%
tributos	R\$ 2,08	7,33%
Total	R\$ 27,42	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Abto até 30 kWh: 0,19071668 R\$ 5,72
Consumo Abto superior a 30 até 100 kWh: 0,32694288 R\$ 21,90RESERVADO AO FOCO
CB10 3520 CT38 6874 3143 C628 348F F87F

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pegue no ponto mais perto de você a documentação, na agência mais próxima, na página eletrônica completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a tarifa em vigor é a Venda. Mais informações em www.celpe.com.br. O Cliente é comprometido quando há violação da constante individual ou coletiva de fornecimento. Pode ser aplicado pena de multa (art. 23, § 1º, da Lei Federal 10.438/02) e abatimento monetário no preço. Multa por uso do ICMS conforme art. 3º, XL, V, a, 2.2.2, do ICMS-PE. Obrigações para a aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica constam na Lei 10.438 de 26/04/02 - R\$ 27,12.

O Cliente é comprometido quando há desacumprimento do prazo de faturamento ou quando o uso ultrapassar o consumo.

As condições para o fornecimento (Resolução ANEEL 414/2001), tarifas, anuidades, serviços prestados e outras se encontram à disposição para consulta, sempre nas condições de aferição e no site www.celpe.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

TABUADA	VALOR MÍNIMO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MENSAL	LIMITE ANUAL
000	0,00	11,99	23,19	46,38
001	0,00	7,87	15,34	30,68
002	0,00	8,39	0,00	0,00

Linha DCR: 10,00 R\$/U - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 10,00

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR DE VARIAÇÃO (V)
220	MÍNIMO: 202 MÁXIMO: 231
230	MÍNIMO: 213 MÁXIMO: 249

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 05/05/19

HORA: 09:30

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N° DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 40

Nome: Guercalde Henrique da Silva
 Cartão SUS: 709201235059832 Sexo: M Data Nasc: 01/02/77 Idade: 42
 Nome da mãe: Josefa Gomes da Silva
 Logradouro: Insenho Jardim Nº _____
 Complemento: lote Bairro/Localidade: Zona rural
 Município: Timbaúba UF: PE Telefone: () _____ NI

Rubrica do Colaborador: _____

2- ANAMNESE:

P.A. ref. abdome t/mbrecent + molarcent
dys. urin. t/mbrecent + molarcent
brin. t/mbrecent + molarcent
urin. t/mbrecent + molarcent

3- SSVV: T _____ F.C. _____ PA: _____ F.R. _____ Glasgow: 14 SatO2 _____ HGT _____

4- EXAMES COMPLEMENTARES: Laboratório Radiológico ECG Outros

Hipótese Diagnóstica:

Câncer

CIP: _____

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Conduta: Medicação Observação Alta HospitalarSaída: Data/Hora _____ às _____ h. Alta referido para USB Óbito Outra Unidade de Urgência Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

01 Colchon + 1 m 2x1 - fio
01 Domicílio 1/2 (1m) - fio

Dr. Ricardo Dias Maciel
 Médico
 CRM-PE 26024

15:17 by a female ♂.

Female - Female ♂ Crypt +
Furcula.

67: Transfus. 506 fêmea
AO HOSP. REGIONAL LIMA S. -
data. 26/7/1994 outeira

Dr. Riedel Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024

FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE (X) AMARELO () VERMELHO ()

NOME: Leuvainaldo Henrique da Silva IDADE: 42
 DATA: 05/05/19 HORA: 09:30 MUNICÍPIO: Timbaúba - PE

PA: _____ T: _____ FC: _____ SAT: _____ PESO: _____ HGT: _____
 HAS DM ALERGIA MED

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC<50 ou 140 () FR >32 vpm () FR <10 ()
 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
 3- Sudorese () PAS <80mmHg () PAD >130 mmHg ()
 4- Irresponsivo ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
 2- FC <50 ou > 140 () PAS <90 ou > 240 () PAD >130 sem sintomas ()
 3- Febre >39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ <10% ()
 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
 10- História de até 72h de:
 Melena () Hematêmese () Enterorragia () Epistax ()
 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()

III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como **VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE**

- 1- Dor de ouvido moderada/ grave () Dor abdominal ()
- 2- Febre sem outros sinais clínicos ()
- 3- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ()
- 4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhorias ()
- 5- Internamento eletivo ()
- 6- Abscesso exceto face/ retroauricular ()

LSC: Dor e edema em

IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- **CLASSIFICAÇÃO AZUL**)

- 1- Tosse crônica ou recorrente ()
- 2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ()
- 3- Coriza crônica ou recorrente ()
- 4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ()
- 5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()
- 6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()
- 7- Dor abdominal crônica ()
- 8- Afecções de pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ()

*MSI e MMII após
batida de moto.*

ENCAMINHADO:

ORIENTOU:

Shirley Dinoá
Enfermeira
COREN 426.210

SOTA.
ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

UPA24h



BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp. Regional Limoeiro - outorga

Paciente: Ciclista 17 anos de Silveira

Idade: 41 anos

Senha: 567+724

Anamnese: Colisão motocicleta - motocicleta
mai + 3 horas. + trauma anterior

Pneu (P) - não - arrasto de Vânto

Exame Físico: Edema - Pneu (P)

�s de Pneu (P) : Fratura na fibula (P)

Hipótese Diagnosticada Fratura completa +
fibula e tibia proximal fibula (P)

Medicamentos/Procedimentos Realizados:

Dijinor + Voltaren

Equipe de Transferência:

Médico

Dr. Riedel Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024

Data: 05/05/19