

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE Nº 014488077028  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME  
**LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA**

**ALIANÇA-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. 2000 ANO MOD. 2001

CAP. / POT. / CIL.  
**2P/124CL**

CATEGORIA  
**PARTIC**

COR PREDOMINANTE  
**VERMELHA**

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA  
**IPVA 2019 QUITADO**

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**

**ALIANÇA**

Roberto Carlos Moreira Fontelles  
Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA  
02/02/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014488077028 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

55890-0

**ALIANÇA-PE**

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 02/02/19

VIA 1 CPF / CNPJ 052.615.084-01

PLACA  
**KIF7824**

RENAVAM  
**746695020**

MARCA / MODELO  
**HONDA/CG 125 TITAN KS**

ANO FAB. 2000

CAT. TÍTUL. 09

Nº CHASSI  
**9C2JC3D101R017108**

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$)  
**36.05**

DETRAN (R\$)  
**4.01**

CUSTO DO SEGURO (R\$)  
**40.06**

CUSTO DO BILHETE (R\$)  
**4.15**

IOF (R\$)  
**0.32**

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)  
**84.58**

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO  
**01/02/19**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



**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?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ 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

**Valoração 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

**Valoração 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

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 05/05/2019

**Titular do CPF:** LUCIVALDO HENRIQUE  
DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](http://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

LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

---

**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



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.

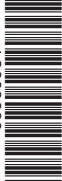
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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, retorne 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](http://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:	Nome completo da vítima:	
	05263508403	Lucivaldo Henrique da Silva	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo:		CPF:	
Lucivaldo Henrique da Silva		05263508403	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
	Zona Rural (EG Arinze)	41	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona Rural (EG Arinze)	Timbóes	PE	55870-000
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

**RENTA MENSAL:**

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ 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) ☐ Itau (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) (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 (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda 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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos:

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, Timbóes 05-08-2019	<b>TESTEMUNHAS</b>	
	Nome: _____	1ª   Nome: _____	Assinatura
	CPF: _____	CPF: _____	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2ª   Nome: _____	Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		CPF: _____	
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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência 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 Nº. **19E0149000312**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **5/6/2019** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO 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:

VEICULO: (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** Mãe:  
**JOSEFA GOMES DA SILVA** Pai: **ANTONIO HENRIQUE DA SILVA** Data de Nascimento:  
**4/2/1977** Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9952871/99P/PE**  
(RG), **99261588401** (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO**  
Profissão: **MOTORISTA**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1, ENGENHO NINGÁ - ZONA RURAL -**  
**CEP: 9 - 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 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUCINALDO HENRIQUE**  
**DASILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCINALDO HENRIQUE DASILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KIF7624** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **746695020** Chassi: **SC2JC3D191R017108**  
 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 EQUILIBRIO, 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 95ª CIRCUNSCRIÇÃO FERREIROS - DE 19ª CIRC DINTER/11ª DESEC**

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

Existe Placa:



Motivação da ocorrência:

Equipamento:

# 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:	Nome completo da vítima:	
	05263508403	Lucivaldo Henrique da Silva	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo:		CPF:	
Lucivaldo Henrique da Silva		05263508403	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
	Zona Rural (EG Aminga)	43	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona Rural (EG Aminga)	Timbóile	PE	55870-000
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ 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) (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 atenda 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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos:

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, Timbóile 05-08-2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do 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/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

40

Nome: Zucarello Henrique da Silva

Cartão SUS: 709 2092 35059882 Sexo: M Data Nasc: 09/02/77 Idade: 42

Nome da mãe: Josefa Gomes da Silva

Logradouro: Engenheiro Américo

Nº

Complemento: 100 Bairro/Localidade: Zona Rural

Município: Embaúba UF: PE Telefone: ( ) 11

Rubrica do Colaborador:

### 2- ANAMNESE:

PA: 120/80 referido absoluto e notório  
diagnóstico clínico motorista e motorista  
Carro  
uso de drogas  
3- SSVV: T F.C. PA: F.R. Glasgow: 14 SatO2 HGT

4- EXAMES COMPLEMENTARES: ( ) Laboratório ( ) Radiológico ( ) ECG ( ) Outros

Hipótese Diagnóstica:

Clínica motorista (motorista)

Conduta: ( ) Medicação ( ) Observação ( ) Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora / / às : h. Alta referido para USB ( )

( ) Óbito ( ) Outra Unidade de Urgência ( ) Especialidade

### 5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1. Voltar a trabalhar - 1 dia  
2. Cirurgia - 1 dia

Dr. Ricardo Dias Maciel

Médico  
CRM-PE 26024

CID:

Médico: (Assinatura e Carimbo)



15:47

by d. j. j. (1)

Future - F. h. (1) Complete +  
F. h. h.

(1) : Francisco, 504 the  
AD Hosp. REGIONAL Limón -  
OUEBIA  
June - 56 + 7 124

Dr. Rielto Dias Maciel  
Médico  
CRM-PE 26024

## FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

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

PA: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ SAT: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

HAS (X) DM (X) ALERGIA MED (X) \_\_\_\_\_

## 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 < 80 mmHg ( ) 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 melhoras ( )
- 5- Internamento eletivo ( )
- 6- Abscesso exceto face/ retroauricular ( )

*ex: 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 ( )

*MSD e MMII após*

*batida de moto.*

ENCAMINHADO:

ORIENTOU:

*SIOA.*  
**Shirley Dinoa**  
Enfermeira  
COREN 426.210

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

UPA24h



TIMBAÚBA  
GOVERNO MUNICIPAL  
CASA Nº 100 - 15000

HRI  
Hospital do  
Tricentenário

## BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp. REGIONAL Limoeiro - outubro 19

Paciente: Cicciêdo Henrique da Silva

Idade: 42 anos Senha: 567 + 724

Anamnese: Colisão motocicleta - motocicleta  
há + 3 horas. + trauma anterior no

limbo (D) - dor no dorso da Váscia.

Exame Físico: (dorso - limbo (D))

Uso do limbo (D): Fratura no fêmur (D)

Hipótese Diagnosticada: Fratura completa +

fêmur no terço proximal fêmur (D)

Medicamentos/Procedimentos Realizados:

Dipirona + Voltaren

Equipe de Transferência:

Médico

Dr. Rinaldo 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: 000000001014-7

---

Nr. da Autenticação 5B140F2832BFD2BA



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lucivaldo Henrique da Silva

RG nº 6052871, data de expedição 18/02/98, Órgão SSP-PE,

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 (E G Aminga)</u>
Número	<u>42</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>E G Aminga</u>
Cidade	<u>Timburi</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55270-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99540-7444</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timburi, 05-08-2019

Assinatura do Declarante:

Lucivaldo Henrique da Silva

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-502  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

## DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

EG ANINGA 41

CPF 015 396 724-25 NIS 16388520171

### CLASSIFICAÇÃO

51 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

ZONA RURAL, TIMBAUBA/TIMBAUBA RURAL  
TIMBAUBA PE  
55870-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
056297494	ÚNICA	15/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/04/2019	2002824851	4083734

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4011067978	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
23/04/2019	15/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	33,77

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo até 30 kWh	30,0000000	0,19071666	5,72
Consumo Abvo superior a 30 até 100 kWh	67,0000000	0,32694268	21,90
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,16

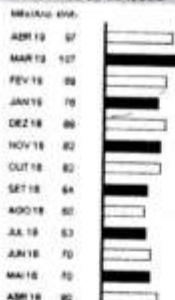
TOTAL DA FATURA

33.77

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
31.21577360	CAT	18/03/2019	4 872,00	15/04/2019	4 969,00	28	1.00000		97,00

#### HISTÓRICO DE CONSUMO



## INFORMAÇÕES DE TRANSITO

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR MENSUAL
Nº 10	27.60	0,35	0,97
	27.60	0,35	0,97

Consejo de la OEA no concluido.

	RS	11,34	42,81%
Geração de Energia	RS	1,76	6,34%
Transmissão	RS	8,19	28,05%
Distribuição (Cajipe)	RS	2,57	9,30%
Perdas de Energia	RS	1,19	4,31%
Encargos Setoriais	RS	2,08	7,53%
Total	RS	27,83	100%

## TARIFAS APLICADAS

Consumo Alivio 30 w/h	0,37520850
Consumo Alivio superior a 30 ate 100 w/h	0,30222600

## RESERVADO AO FISCO

CH1D 3520 C738 6B74 3143 C628 3A8E FB7E

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As condições gerais de funcionamento (Resolução ANEEL, 474/2007) sobre produtos, serviços prestados e estudos se encontram à disposição, para consulta, em todas as unidades de atendimento e no site [www.casa.casa.br](http://www.casa.casa.br)

#### DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

CONVANTO TAM-CLISA	VALOR MENSUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
CHK	0,00	11,50	23,19	46,38
PIC	0,00	7,87	15,74	30,58
TIMEI	0,00	8,39	0,00	0,00

Longp. Co. 16, 802

RUSD = Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição, em R\$/3,00.

## WTVB-19-DIE-TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

© 2004 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

## FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 05/05/19

HORA: 09:30

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

40

Nome:

Bucarvaldo Henrique da Silva

Cartão SUS:

709 2092 35059832

Sexo:

M

Data Nasc:

09/02/77

Idade: 42

Nome da mãe:

Josefa Gomes da Silva

Logradouro:

Avenida Juazeiro

Nº

Complemento:

Lar

Bairro/Localidade:

Zona rural

Município:

Limoeiro

UF:

PE

Telefone: ( )

NI

Rubrica do Colaborador:

## 2- ANAMNESE:

PA: 120/80 mmHg, FC: 70 bpm, PA: 120/80 mmHg, F.R.: 18 rpm, Glasgow: 15, SatO2: 98%, HGT: 100 mg/dL

3- SSVV: T: 36.5°C, F.C.: 70 bpm, PA: 120/80 mmHg, F.R.: 18 rpm, Glasgow: 15, SatO2: 98%, HGT: 100 mg/dL

## 4- EXAMES COMPLEMENTARES: ( ) Laboratório ( ) Radiológico ( ) ECG ( ) Outros

Hipótese Diagnóstica:

Cálculo renal, insuficiência renal

Condução: ( ) Medicação ( ) Observação ( ) Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora: / / às : h. Alta referido para USB ( )

( ) Óbito ( ) Outra Unidade de Urgência ( ) Especialidade

## 5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1. Colton 70 mg 2x1 - 1m

2. Clozapina 125 mg 1x1 - 1m

Dr. Ricardo Dias Maciel

Médico  
CRM-PE 26024



15:47

by d. j. j. (1)

Future - F. h. (1) Complete +  
F. h. h.

(1) : Francisco, 504 the  
AD Hosp. REGIONAL Limón -  
OUEBIA  
June - 56 + 7 124

Dr. Rielto Dias Maciel  
Médico  
CRM-PE 26024

## FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

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

PA: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ SAT: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

HAS (X) DM (X) ALERGIA MED (X) \_\_\_\_\_

## 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 < 80 mmHg ( ) 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 melhoras ( )
- 5- Internamento eletivo ( )
- 6- Abscesso exceto face/ retroauricular ( )

*ex: 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 ( )

*MSD e MMII após*

*batida de moto.*

ENCAMINHADO:

ORIENTOU:

*SIOA.*  
**Shirley Dinoa**  
Enfermeira  
COREN 426.210

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

UPA24h



TIMBAÚBA  
GOVERNO MUNICIPAL  
CASA Nº 100 - 1500

HRI  
Hospital do  
Tricentenário

## BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp. REGIONAL Limoeiro - outubro 19

Paciente: Cicciêdo Henrique da Silva

Idade: 42 anos

Senha: 567 + 724

Anamnese: Colisão motocicleta - motocicleta  
há + 3 horas. + trauma anterior no

Pênis (P) - Alça de mola de Uvula.

Exame Físico: (dome - Pênis (P)

Uso de Pênis (P): Fratura no fêmur (P)

Hipótese Diagnosticada: Fratura completa +

fêmur no terço proximal fêmur (P)

Medicamentos/Procedimentos Realizados:

Dipirona + Voltaren

Equipe de Transferência:

Médico

Dr. Rinaldo Dias Maciel  
Médico  
CRM-PE 26024

Data: 05/05/19