Comprovante de residência

*0015*

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

celpe neoenergia

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bairro Vista Alegre, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0905943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA NOEMIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LUIS TO ANTONIO 290

CPF 054.707.154-00 NIS 1646197169

LOTEO SAPUCAIA/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CONVNS
Monofásico

| Nº DO DOCUMENTO | VENCIMENTO |
|---|---|
| 2743896010 | 08/2017 |

| DATA DE VENCIMENTO | PRÓXIMA LEITURA |
|---|---|
| 17/08/2017 | 11/09/2017 |

TOTAL A PAGAR (R$): 43,56

| Nº DA CONTA CONTRATO | SÉRIE | EMISSÃO |
|---|---|---|
| 000910829 | ÚNICA | 10/08/2017 |

| APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
|---|---|---|
| 10/08/2017 | 3002560978 | 3876034 |

| | QUANTIDADE | PREÇO (R$) | VALOR (R$) |
|---|---|---|---|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 30,00000000 | 0,18075943 | 5,00 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 70,00000000 | 0,28687169 | 20,08 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 6,00000000 | 0,42880739 | 2,14 |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 0,77 |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA | | | 0,84 |
| Contribuição Iluminação Pública | | | 14,22 |
| PROCONFIANÇA-(081)3412-3950 0800 081 6088 | | | 0,99 |
| Compensação DIC Trimestral 02/17 | | | -0,10 |

TOTAL DA FATURA 43,56

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FIXAÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | ACRÉSCIMO | CONSUMO (kWh) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | CAI | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 31 | 1,00000 | | [illegible] |

| | CRÉDITO CAUSADO | % | VALOR DO CRÉDITO |
|---|---|---|---|
| ICMS | | | |
| PIS | 36,45 | 4,25 | 0,97 |
| COFINS | 36,45 | 1,26 | 0,46 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Geração de Energia | R$ | 12,28 | 43,24% |
| Transmissão | R$ | 1,13 | 3,98% |
| Distribuição (Celpe) | R$ | 8,68 | 30,57% |
| Perdas de Energia | R$ | 2,71 | 9,54% |
| Encargos Setoriais | R$ | 2,72 | 9,58% |
| Tributos | R$ | 0,42 | 1,49% |
| Total | R$ | 28,41 | 100% |

| | |
|---|---|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 0,16415300 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 0,28141300 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,42231600 |

EE78 C274 5C15 1772 54FB C5C8 4[illegible]

Comercial Sampaio S/A

Comprovante de residência

-0010-

Tarifa Social de Energia Elétrica, Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

celpe
Grupo Neoenergia
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP [illegible]
CNPJ [illegible] Insc. Est. [illegible] | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
SEVIRINA DAMIANA DE FARIAS

CPF 036.308 044-34

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE EMILIANO 1 A

CENTRO/BUENOS AIRES
BUENOS AIRES PE
55845-000

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE
Monofásico

CONTA CONTRATO
2859845019

REFERÊNCIA
10/2017

DATA DE VENCIMENTO
31/10/2017

[illegible]
24/11/2017

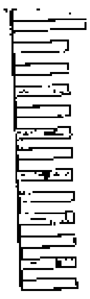
TOTAL A PAGAR R$
32,05

| NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO |
|---|---|---|
| 000810569 | ÚNICA | 24/10/2017 |

| APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
|---|---|---|
| 24/10/2017 | 2008823304 | 417650 |

| | QUANTIDADE | PREÇO (R$) | VALOR (R$) |
|---|---|---|---|
| Consumo Ativo(kWh) | 40,000000 | 0,70146009 | 28,05 |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 0,29 |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA | | | 1,47 |
| Contribuição Iluminação Pública | | | 2,09 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 000843413.24/08/17 | | | 0,31 |
| TOTAL DA FATURA | | | 32,05 |

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | CA1 | [illegible]/2017 | [illegible] | 24/10/2017 | [illegible] | 32 | 1,00000 | | 40,00 |



| | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
|---|---|---|---|
| ICMS | 28,54 | 25,00 | 7,13 |
| PIS | 29,64 | [illegible] | 0,33 |
| COFINS | 29,64 | 5,35 | 1,59 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Geração de Energia | R$ | 6,61 | 20,57% |
| Transmissão | R$ | 0,78 | 2,63% |
| Distribuição | R$ | 8,95 | 31,97% |
| Perdas de Energia | R$ | 1,34 | 0,53% |
| Encargos Setoriais | R$ | 2,44 | 0,38% |
| Tributos | R$ | 9,59 | 34,40% |
| Total | R$ | 29,21 | 100% |

0,48615200

Cobrança Bandeira

FC0D EE71 1341 371C CA0D 5645 7279 D169

[illegible]

Vencido 25/09/17 | Em aberto 24/10/17 | Valor 28,99

[illegible]

| COMPONENTE | VALOR APURADO ago/2017 | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL |
|---|---|---|---|---|
| MALZ AREIA BATA | 1,28 | 5,53 | 11,10 | 22,24 |
| DIC | 1,00 | 3,53 | 6,72 | 13,45 |
| FIC | 1,39 | 3,20 | 0,20 | 0,20 |
| DMIC | | | | |

| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE MÍNIMO | LIMITE MÁXIMO |
|---|---|---|
| 220 | 202 | 231 |

Declaração Circular SUSEP 445/12

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
## CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

**http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636**

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de Santana Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684-80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Noemia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.909.154-00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vitima Maria Noemia da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.909.154-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

☐ Declaro Profissão: Recusa Renda: Recusa e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| Endereço | | Número | Complemento |
|---|---|---|---|
| Rua José Emiliano | | 44 | |
| Bairro: Centro | Cidade: Buenos Aires | Estado: PE | CEP: 55845-000 |
| Email | Telefone comercial (DDD): 81) 9-9543-3413 | Telefone celular (DDD): 81) 9-9216-2319 | |

Buenos Aires, 10 de novembro de 2019
Local e Data

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017

Declaração do proprietário do veículo

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josinildo João da Silva,

RG nº 8.124.712, data de expedição 11/08/2006,

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 032.987.584-76, com domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Serra Azul, nº s/n,

complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Maria Poemia da Silva, cujo o condutor era Maria Poemia da Silva.

Veículo: Honda POP100
Modelo: 2015
Ano: 2015
Placa: 86V 3845
Chassi: 9C2HB0210FR446310
Data do Acidente: 01.09.2017
Local e Data: Timbaúba/PE, 14 de Setembro 2017

OFICIO

Josinildo João da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

2º Ofício Notarial e Registral de Timbaúba
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de JOSINILDO JOAO DA SILVA, Timbaúba/PE, 14/09/2017 10:08:37, o referido é verdade. Dou fé.
Emolumentos: R$ 3,49 ISSQN: R$ 0,78 Total: 4,66. -RC30704-4

Maria José Rodrigues Aguiar de Lima - Substituta
Selo digital: 0150730.TKI07201701.02922
Consulta a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Gente Seguradora S/A

SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

# RESUMO DE ALTA

Nome: MARIA NOEMIA DA SILVA

Registro: 1040186 Enf: 28 Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 01/09/17 DATA DE SAÍDA: 04/09/17

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA EXPOSTA DE FALANGE DISTAL DE 04 PDE

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

TRATAMENTO CIRURGICO. EVOLUI BEM. RECEBE ALTA SOB BOAS CONDIÇÕES.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE PÉ E TORNOZELO PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

3170613782

038

PREFEITURA MUNICIPAL
MACAPARANA
Uma Nova História

Rua Dr. Antonio Xavier, s/n
CEP 55865-000 - Macaparana-PE
CNPJ: 11.361.888/0001-04
Fone: (81) 3639.1156
www.macaparana.com.br

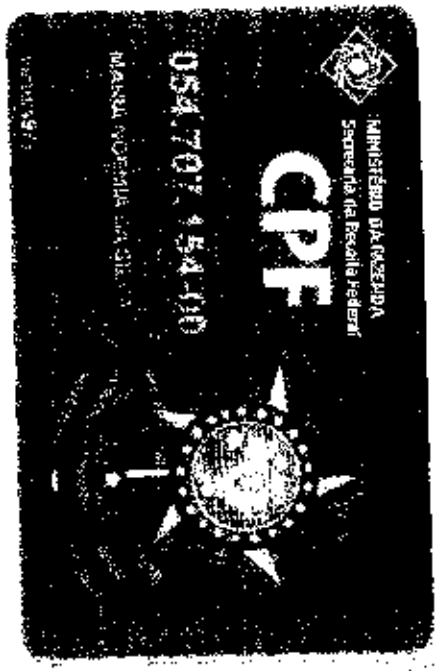
**RECEITUÁRIO**

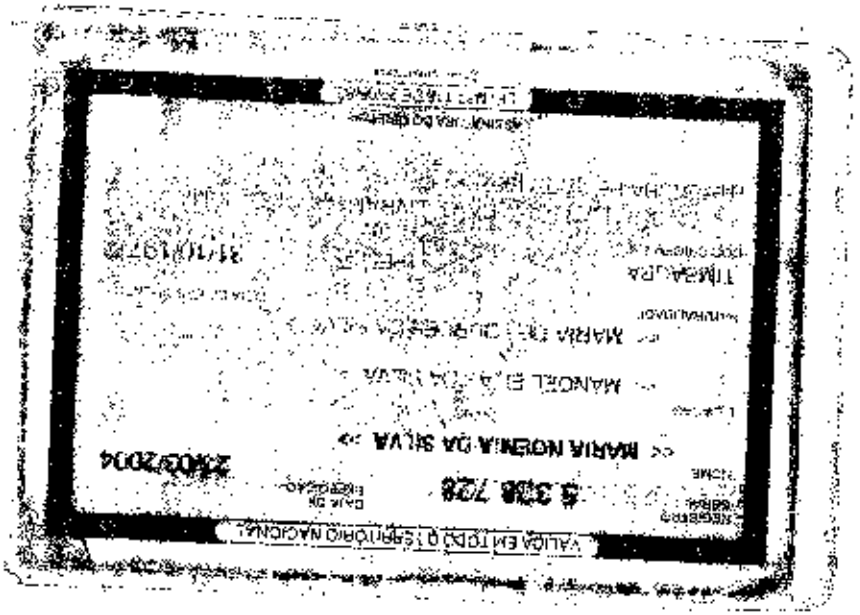
Maria Vanuzia da Silva
vítima de acidente de moto
com fratura exposta de
4º e 5º DE.
Foi submetida a tra-
tamento cirúrgico para
redução da fratura
Decorrente encontra-se
com dificuldade de caminhar
e debilitação funcional
para o pé esquerdo
Alta médica

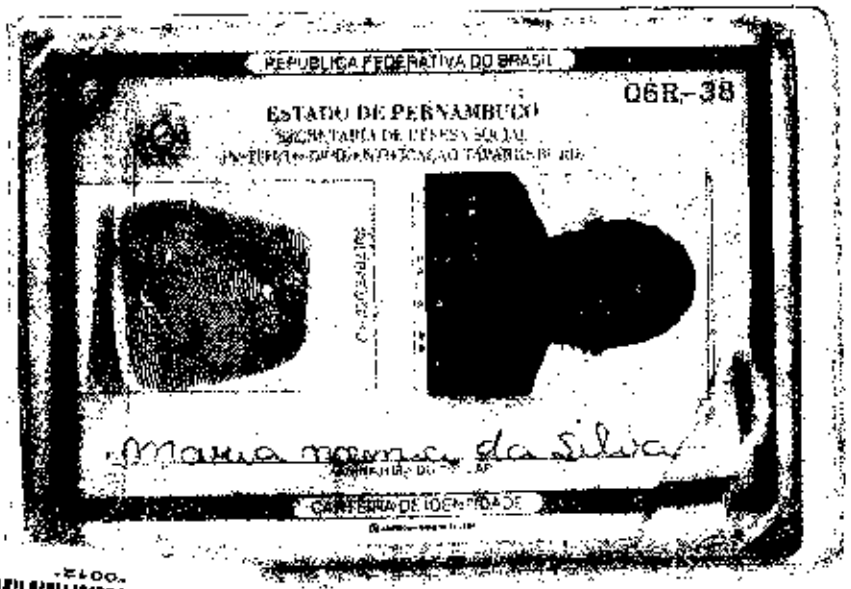
18/01/18

Dr. Jorge Nascimento Filho
Médico
CRM-PE 4478

Garte Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 Loja 5
Boa Vista - PE CEP 50.041-000
31 JAN 2018
CONFERE COM O ORIGINAL


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF
054.707.154-10
MARIA NORMA DA SILVA


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
5.336.728
MARIA NORMA DA SILVA
24/05/2004
MANOEL
MARIA
TIMBAUBA
31/10/1979


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
06R-38
Maria norma da Silva
CARTEIRA DE IDENTIDADE

"0012"

7.788.638 10/02/2014

<< RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>

<< JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>
<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>

VICÊNCIA - PE 24/12/1986

<< 0760340155 2013 2 00015 037
0004944 10 VICÊNCIA PE >>

006.005.684-80

F-69 30.287 - 3023

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 01315329097 0

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

| VIA | COD. RENAVAM | R.NETRO | EXERCÍCIO |
|---|---|---|---|
| 1 | 1048352963 | ********** | 2017 |

NOME: JOSINILDO JOAO DA SILVA

TIMBAUBA - PE

| CPF / CNPJ | PLACA |
|---|---|
| 092.997.544-34 | PGV8845 |

| PLACA ANT. / UF | CHASSI |
|---|---|
| ******* / PE | 9C2HB0210TR442310 |

| ESPÉCIE / TIPO | COMBUSTÍVEL |
|---|---|
| PAS / MOTOCICLETA | GASOLINA |

| MARCA / MODELO | ANO FAB. | ANO MOD. |
|---|---|---|
| HONDA / POP100 | 2015 | 2016 |

| CAP / POT / CIL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE |
|---|---|---|
| 2P/97CL | PARTIC | VERMELHA |

IPVA

| COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC / COTAS |
|---|---|---|
| IPVA 2017 QUITADO | | 1º ********** 2º ********** 3º ********** |

| FAIXA I.P.V.A. | PARCELAMENTO / COTAS |
|---|---|
| 1 | ********** |

| PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) | IOF (R$) | PRÊMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO |
|---|---|---|---|
| SEGURO PAGO | | | |

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

TIMBAUBA — DATA 11/04/17

DETRAN/PE

DENATRAN

CONTRAN

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

PE Nº 01315329097 0 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSINILDO JOAO DA SILVA

SEGURO DO BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradora-lider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

TIMBAUBA - PE

| EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO |
|---|---|
| 2017 | 11/04/17 |

| VIA | CPF / CNPJ | PLACA |
|---|---|---|
| 1 | 092.997.544-34 | PGV8845 |

| RENAVAM | MARCA / MODELO |
|---|---|
| 1048352963 | HONDA / POP100 |

| ANO FAB. | CILIND. | Nº CHASSI |
|---|---|---|
| 2015 | 98 | 9C2HB0210TR442310 |

PRÊMIO TARIFÁRIO

| FNG (R$) | DENATRAN (R$) | CUSTO DO SEGURO (R$) |
|---|---|---|
| | | |

| CUSTO DO BILHETE (R$) | IOF (R$) | TAXA ESTIPULADA (R$) |
|---|---|---|
| SEGURO PAGO | | |

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 00.940.000/0001-06

BILHETE DE SEGURO DPVAT
SEM VALOR COMERCIAL

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170613182
**Cidade:** Timbaúba
**Natureza:** Invalidez Permanente
**Vítima:** MARIA NOEMIA DA SILVA
**Data do acidente:** 01/09/2017
**Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4° DEDO DO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** SOLICITO PRONTUARIO MEDICO

**Observações:**

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | **Total** | **0 %** | **R$ 0,00** |

## PRESTADOR

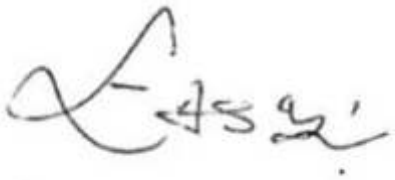
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170613182
**Cidade:** Timbaúba
**Natureza:** Invalidez Permanente
**Vítima:** MARIA NOEMIA DA SILVA
**Data do acidente:** 01/09/2017
**Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/02/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4° DEDO DO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | Total | 0 % | R$ 0,00 |

## PRESTADOR

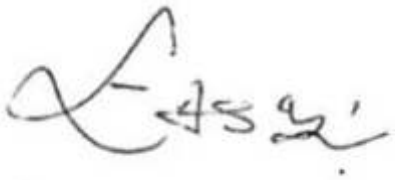
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170613182 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA NOEMIA DA SILVA **Data do acidente:** 01/09/2017 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE 4 PODODÁCTILO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** FOI ATENDIDA NO DIA 01/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO. A MESMA FOI SUBMETIDA A LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE FIO DE KIRSCHNER, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS 24 HORAS COM USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS, RECEBEU ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, FOI REALIZADA A RETIRADA DOS FIOS APÓS 25 DIAS, E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 4° PODODACTILO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** *REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** TIAGO MARTINS FORMIGA

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau médio - 50 % | 5% | R$ 675,00 |
| | | **Total** | **5 %** | **R$ 675,00** |

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

**Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017**

**Aos Cuidados de:** **MARIA NOEMIA DA SILVA**

**Nº Sinistro:** **3170613182**
**Vitima:** **MARIA NOEMIA DA SILVA**
**Data do Acidente:** **01/09/2017**
**Cobertura:** **INVALIDEZ**
**Procurador:** **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170613182.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

**Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017**

**Aos Cuidados de:** **MARIA NOEMIA DA SILVA**

**Nº Sinistro:** **3170613182**
**Vitima:** **MARIA NOEMIA DA SILVA**
**Data do Acidente:** **01/09/2017**
**Cobertura:** **INVALIDEZ**
**Procurador:** **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170613182**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

**Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017**

**Aos Cuidados de:** **MARIA NOEMIA DA SILVA**

**Nº Sinistro:** **3170613182**
**Vitima:** **MARIA NOEMIA DA SILVA**
**Data do Acidente:** **01/09/2017**
**Cobertura:** **INVALIDEZ**
**Procurador:** **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170613182**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

**Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018**

**Aos Cuidados de:** **MARIA NOEMIA DA SILVA**

**Sinistro:** **3170613182**
**Vítima:** **MARIA NOEMIA DA SILVA**
**Data do Acidente:** **01/09/2017**
**Cobertura:** **INVALIDEZ**
**Procurador:** **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Senhor(a),**

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170613182** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

**Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018**

**Carta n°: 12440860**

**A/C: MARIA NOEMIA DA SILVA**

| | |
|---|---|
| **Nº Sinistro:** | **3170613182** |
| **Vitima:** | **MARIA NOEMIA DA SILVA** |
| **Data do Acidente:** | **01/09/2017** |
| **Cobertura:** | **INVALIDEZ** |
| **Procurador:** | **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI** |

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA NOEMIA DA SILVA**
Valor: **R$ 675,00**
Banco: **104**
Agência: **000000877**
Conta: **000002931-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

| | | |
|---|---|---|
| **Multa:** | R$ | **0,00** |
| **Juros:** | R$ | **0,00** |
| **Total creditado:** | R$ | **675,00** |

**Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%**
**Graduação: Em grau médio 50%**
**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%**

| | | |
|---|---|---|
| **Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =** | R$ | **675,00** |

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): ***MARIA NOEMIA DA SILVA***

Endereço do(a) Examinado(a): ***RUA SANTO ANTONIO nº 299 - CENTRO - TIMBAUBA/PE***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 5328728 - SSP***

Data e local do acidente: ***01/09/2017 TIMBAUBA/PE***

Data e local do exame: ***19/02/2018 GOIANA/PE***

**Resultado da Avaliação Médica**

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

***FRATURA EXPOSTA DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO***

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

***FOI ATENDIDA NO DIA 01/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO. A MESMA FOI SUBMETIDA A LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE FIO DE KIRSCHNER, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS 24 HORAS COM USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS, RECEBEU ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, FOI REALIZADA A RETIRADA DOS FIOS APÓS 25 DIAS, E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.***

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

***APRESENTA REDUÇÃO NA MOBILIDADE DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO, ENCURTAMENTO, DÉFICIT DE EXTENSÃO DO 4º PODODÁCTILO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°, DEFORMIDADE ROTACIONAL EM FALANGE DISTAL.***

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 suscetível a qualquer medida terapêutica)?

[X] SIM [ ] NÃO

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

***DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE 4 PODODÁCTILO ESQUERDO***

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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(*).

[ ] 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): ***4 PODODÁCTILO ESQUERDO***

[ ] 10% [ ] 25% [X] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

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

***REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR. -***

***Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:24411/PE***

Tiago Martins Formiga

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Autenticação de Documento

Seguradora LÍDER

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima |
|---|---|---|
| | 054.909.154-00 | Maria Noemia da Silva |

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome completo: Maria Noemia da Silva | | CPF titular da conta: 054.909.154-00 | Profissão: |
| Endereço: Rua Sto Antonio | | Número: 299 | Complemento: |
| Bairro: Lotto Sapucaia | Cidade: Timbaúba | Estado: PE | CEP: 55890-000 |
| Email: | | | Telefone (DDD): |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

## FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ 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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 0549 DV: ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 00002931 DV: 0 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: ____ NRO: ____
AGÊNCIA NRO.: ____ DV: ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: ____ DV: ____ (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Timbaúba 10 de novembro de 2017
Local e Data

Maria Noemia da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017


CAIXA
POUPANÇA
4392 6708 5810 0927
MARIA NOEMIA DA SILVA
VISA
ELECTRON

103704

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46ºCIRC DINTER1/11ºDESEC

# BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0136001683

## Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/09/2017 às 15:47

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**
que aconteceu no dia 1/9/2017 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1, RUA SANTO ANTONIO - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \AGENTE )
JOSINILDO JOÃO DA SILVA ( OUTRO )
MARIA NOEMIA DA SILVA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA NOEMIA DA SILVA

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

MARIA NOEMIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Pai: MANOEL ELIAS DA SILVA Data de Nascimento: 24/10/1977
Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA SANTO ANTONIO, 200 - CEP: 0 - Bairro: SAPUCAIA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSINILDO JOÃO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: [illegible] Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO [illegible] / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSINILDO JOÃO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA NOEMIA DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCV3G46 (PERNAMBUCO/TIMBAUBA) Renavam: 1046395296 Chassi: 9BWZMB021GPR446316
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: GASOLINA

## Complemento / Observação

SEGUINDO A VITIMA, QUANDO VINHA TRANSITANDO EM SUA RUA, EM SENTIDO A SUA RESIDENCIA, QUANDO AO PASSAR ENTRE DUAS PEDRAS DE CALÇAMENTO POR SUA RUA ESTAM EM OBRAS, BATEU O PÉ EM UMA DAS PEDRAS E VEIO A CAIR. FOI SOCORRIDA PARA UPA DESTA CIDADE POR POPULARES E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA OUTRO HOSPITAL NO RECIFE

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

MARIA NOEMIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES - Matrícula: [illegible]

# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Noemia da Silva, portador da carteira de identidade nº 5.328.728, e inscrito no CPF/MF sob o nº 054.707.154-00, residente e domiciliado na Rua Sto Antonio nº 299, Cidade Timbaúba, Estado Pernambuco, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza pericias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo acidente.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à pericia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e/ou aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa pericia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Noemia da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Timbaúba, 10 de Novembro de 2017

Local e data

Comprovação de ato documental

24

# FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA
S. M. S.: HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
Unidade de Saúde: HOSP MUNIC DR JOAO COUTINHO

Data: __/__/20__
Hora:

**01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO** — Atendimento nº

Nome do Usuário: Maria Neemia da Silva 39 — Nº Prontuário

Cartão SUS: 704208235621482 — Data Nascimento: 31/10/1977 — Idade: — Sexo: F — Nº Grp Familiar

Mãe: — Pai: — Ocupação:

Logradouro: Rua Santo antonio — Nº: 299 — Complemento:

Bairro/ Localidade: Tapucara — Município: Timbauba — U.F.: PE — Telefone:

Clínica: — Data: 01/09/17 — Hora: 08:22

Motivo da procura: — Ruórica Servidor:

Assinatura do Paciente:

**02 - ACOLHIMENTO** ( ) Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente de Trabalho ( ) Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco: Pct sofreu acidente de moto MI e ferimento + locação
HAS ⊖ DM ⊖ PA: 170x110 mmHg edema do pé
alergia ⊖ — Assinatura: — Classificação: amarelo

**03 - ANAMNESE:**

**04 - EXAME FÍSICO:** Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____

**05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:**

( ) Laboratório:
( ) Radiológico:
( ) ECG ( ) Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: ( ) Medicação ( ) Observação ( ) Laudo para AIH

Saída: Data/ Hora ___/___/___ às ___:___ h. ( ) Alta referido para UBS ( ) Óbito

( ) Outra Unid. Urgência ( ) Especialidade

( ) Internação no Hospital

Médico: (Carimbo e Assinatura)
Fco. Glen G. Feijó
M. .0
CREMEPE 25446

Solicito RX do pé Fraturado / Fratura do [illegible]

# 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: 22/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA NOEMIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000002931-0

---

Nr. da Autenticação 91B1333F04F7352E