
Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711760

Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSILENE FERREIRA 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, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711760

Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSILENE FERREIRA 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSILENE FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001295**

Conta: **0000036504-1**

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.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 325.683.668-26 4 - Nome completo da vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSILENE FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 325.683.668-26
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: SI VENTURA 9 - Número: 610 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PLACAS 12 - Cidade: FREI MIGUELINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55780-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 36504 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FREI MIGUELINHO 16/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 132ª CIRCUNSCRIÇÃO - FREI MIGUELINHO -
DP132ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

06/03/2007 06:25

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0222000408

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/11/2019 às
18:32

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 6/9/2019 às 21:40

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1, RODOVIA
PE 121 FREI MIGUELINHO, PROX. AO PARQUE DE VAQUEJADA - Bairros:
CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SONIVALDO DOS ANJOS GUIMARÃES (AUTOR (AGENTE))
ALESSANDRO PEREIRA DOS SANTOS (OUTRO)
JEAN MARCOS DA SILVA (VÍTIMA)
JOSILENE FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
SONIVALDO DOS ANJOS GUIMARÃES
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JEAN MARCOS DA SILVA

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

**JEAN MARCOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IVANILDA
MARIA DA SILVA Pai: GERCINO ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 22/2/1997
Naturalidade: VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10401806/SDS/PE (RG),
13127130406 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 610, SÍTIO VENTURA, ZONA
RURAL DE FREI MIGUELINHO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FREI
MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSILENE FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARGARIDA MARIA FERREIRA Pai: JOÃO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento:
12/9/1984 Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 6727338/SDS/PE (RG), 32568366826 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 610, SÍTIO VENTURA, ZONA
RURAL DE FREI MIGUELINHO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FREI
MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

SONIVALDO DOS ANJOS GUIMARÃES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ALESSANDRO PEREIRA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALESSANDRO PEREIRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEAN MARCOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **LLA6612** (RIO DE JANEIRO/RIO DE JANEIRO) Renavam: **179130300** Chassi: **9CZJG4110AR004952**
Combustível: **GASOLINA**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SONIVALDO DOS ANJOS GUIMARÃES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SONIVALDO DOS ANJOS GUIMARÃES**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEIL/RENAULT/MASTER** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **AZA5093** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 05/03/2019 POR VOLTA DAS 21:40 HS CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA LLA6612, TRAZENDO COMO CARONA SUA COMPANHEIRA JOSILENE FERREIRA DA SILVA, NA OCASIÃO TRAFEGAVAM PELA PE-121 NO SENTIDO CIDADE DE FREI MIGUELINHO AO POVOADO JUNCO, QUANDO FORAM ATINGIDOS POR TRÁS PELO VEÍCULO DE PLACA AZA5093 QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, FAZENDO COM QUE A VÍTIMA E SUA COMPANHEIRA FOSSEM ARREMESSADOS DA MOTOCICLETA, AMBOS SOFRERAM FERIMENTOS GRAVES PELO CORPO, ONDE FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU AO HOSPITAL DESTA CIDADE, E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS SUA COMPANHEIRA FOI TRANSFERIDA AO HRA DA CIDADE DE CARUARU, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO.

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

Jeon Marcos da Silva

JEAN MARCOS DA SILVA
(VÍTIMA)

Josilene Ferreira da Silva
JOSILENE FERREIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ LEONARDO GONÇALVES DE SOUSA** - Matrícula: **329341-7**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE FREI MIGUELINHO
132ª CIRCUNSCR. RICAÇÃO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 325.683.668-26 4 - Nome completo da vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSILENE FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 325.683.668-26
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: SI VENTURA 9 - Número: 610 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PLACAS 12 - Cidade: FREI MIGUELINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55780-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 36504 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FREI MIGUELINHO 16/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000036504-1

Nr. da Autenticação 088E0B513A6C2CD2



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.922/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

GERCINO ANTONIO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI VENTURA 610

CPF 186.732.158-03 NIS 12501212055

PLACAS RURAL/PLACAS
FREI MIGUELINHO PE
55780-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1931144010	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
15/10/2019	08/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	20,76

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
079929592	UNICA	08/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/10/2019	2001163325	1135709

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19759001	5,92
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	28,0000000	0,33872574	9,46
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,09
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,87
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,13
Multa por atraso-NF 076143854 - 05/09/19			0,24
Multa por atraso-NF 072321158 - 06/08/19			0,20
Multa por atraso-NF 068475857 - 05/07/19			0,30
Juros por atraso-NF 072321158 - 06/08/19			0,13
Juros por atraso-NF 068475857 - 05/07/19			0,36
Juros por atraso-NF 076143854 - 05/09/19			0,04

TOTAL DA FATURA

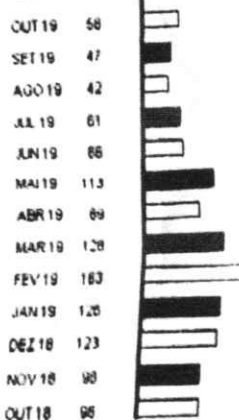
20,76

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
V71219	CAT	05/09/2019	19.138,00	08/10/2019	19.196,00	33	1,00000		58,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano kWh



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	16,36	1,29	0,21
COFINS	16,36	5,95	0,97

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	7,39	45,17%
Transmissão	0,81	4,95%
Distribuição (Celpe)	4,94	30,20%
Perdas de Energia	1,56	9,54%
Energias Setoriais	0,48	2,83%
Tributos	1,18	7,21%
Total	16,36	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

0,18328450
0,31420200

RESERVADO AO FISCO

03AE 4C7D DE1F 3987 D0AD E0AD 7ECA 6874

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você (loja, loja de materiais de construção, etc.) ou no posto de atendimento ao cliente. A taxa de energia elétrica é cobrada em duas parcelas: a primeira parcela é cobrada em 15 dias e a segunda parcela é cobrada em 15 dias. A taxa de energia elétrica é cobrada em duas parcelas: a primeira parcela é cobrada em 15 dias e a segunda parcela é cobrada em 15 dias. A taxa de energia elétrica é cobrada em duas parcelas: a primeira parcela é cobrada em 15 dias e a segunda parcela é cobrada em 15 dias.



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAQUIM BATISTA 37H

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/10/2019	2011168068	3753008

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7005749888	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA FUTURA
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	102,74

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kVh)	106,0000000	0,81068952	87,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,64
ICMS Subvenção - CDE- NF 069224778-04/07/19			0,78
ICMS Subvenção - CDE- NF 072044282-05/08/19			0,80
Multa por atraso- NF 075948284 - 04/09/19			1,35
Juros por atraso- NF 075948284 - 04/09/19			0,11

102.74

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
K07914	CAI	04-09-2019	26.129,00	07-10-2019	26.237,00	33	1,00000		108,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Item	Valor (R\$)	Porcentagem (%)
Transmissão	R\$ 3,23	3,42%
Distribuição (Celpe)	R\$ 19,61	21,07%
Perdas de Energia	R\$ 6,17	6,63%
Energos Setoriais	R\$ 4,51	4,95%
Tributos	R\$ 29,99	32,23%
Total	R\$ 53,51	100%

Item	Valor (R\$)	Porcentagem (%)
ICMS	R\$ 93,06	25,00%
PIS	R\$ 93,06	1,29%
COFINS	R\$ 93,06	5,95%

RESERVADO AO FISCO

BB04 BB35 EDB0 B9CF C000 2C00 FEC5 B302

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Pague no ponto mais perto de você: farmácia central, av. Monsenhor Luiz Ferreira Lima, 104, Torrecilla de Centro / farmácia costeira.

Uma nova amarela de mirante na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aniel.gov.br. Colômbia ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. Colômbia ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res441/ANEEL), Juros 1% ao mês (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de faturamento para os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpo.com.br

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSILENE FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.683.668 / 26, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSILENE FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.683.668 / 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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 <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SUAUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98133-5022</u>

FREI MIGUELINHO, 16 de OUTUBRO de 2015.

Local e Data



Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO
SECRETARIA DE SAÚDE
TRABALHANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JOSILENE FERREIRA DA SILVA**, D.N. 12/06/1984, portadora de cédula de identidade nº 6727336 SDS/PE, CPF nº 325.683.668-26, residente e domiciliada no Sítio Lagoa Rasa, Frei Miguelinho, foi atendida nesta Unidade, **HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA**, no dia 05 de setembro de 2019, vítima de acidente de motocicleta, sendo encaminhando para o Hospital Regional do Agreste (HRA), prontuário nº 52.037, como consta na ficha de Atendimento Emergencial, que segue em anexo.

Colocamos-nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Frei Miguelinho/PE, 19 novembro de 2019.

Sec. Mun. de Saúde - Frei Miguelinho
Priscila Rafaela L. de A. Andrade
Diretora Administrativa
Portaria Nº 290/2017

Priscila Rafaela Leal de Assunção Andrade
Diretora Administrativa

HOSPITAL E MATERNIDADE
JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA
Av. Presidente Kennedy, S/N
Centro - Frei Miguelinho-PE
CNPJ/MF Nº 13.811.409/0001-30



PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO
SECRETARIA DE SAÚDE

TRABALHANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA (HMJAO)

Nº do prontuário: 52037	Hora do atendimento: 20:20	Data: 05/09/19	Profissão:
Nome do PCT: Jovlene Ferreira da Silva			
Data de Nascimento: 1/1/1974	Idade: 35 anos	Sexo: M() F()	
Estado Civil:	Nº cartão do SUS:		
Mãe: Marganda Maria Ferreira			
Pai:			
Endereço: St. Lagoa Rasa			
Bairro:	Cidade: F.M.		
Enfermeiro (a):	Tec. de enfermagem:	Médico (a):	
Pressão arterial:	Pulso: 100	HGT:	SPO2%: 98% FR:
Temp. axilar:	Peso:	Tipo de agravo:	
Histórico atual do paciente: TRATADA PELO SAMU COM COLAR CERVICAL EM PRANCHA RÍGIDA, IMOBILIZADA, APÓS TRAUMA/ACIDENTE DE MOTOCICLETA X CARRO. EX FÍSICO: GLASGOW 15; FRATURA EXPOSTA (FÊMUR) (E) TÍBIA. VÁRIAS ESCORÇÕES PELO CORPO, SEM TCE. AFM (+) BILATERAL, MVA 3RA 18 IRPM, EVANGELICA. HD: ABDOME FLACIDO, LIVRE, INDOLESCENTE; BACNA ESTABILIZADA. Conduta: HD: FRATURA EXPOSTA TÍBIA (E) CD: CEFOTRAXIMA 500 + AD (IV) GENTAMICINA 400 + AD (IV) + AD TRAMAL 100 + 200 + AD LAVAGEM + DEBIDMANTE EM TÍBIA 1000-0 SF ENC. HMJAO 5764749 Amanda Ferreira Téc. Enfermagem COREN 001.308.751 20:30h.			



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Josilene Ferreira da Silva** , Esteve Interno (a) Nesta Unidade de Saúde no dia **05/09/2019 a 03/10/2019 com Registro Hospitalar: 344701.**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 30 de Outubro 2019

109.794.975/0269-2019
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)

HRA
HOSPITAL PUBLISHED MONTHLY

Prontuário: 344701

Religião:

CNS:

Nº: 0

Estado: PE

Profissão:

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PM Vitamin Do neidonto do mo to

cf. *Furcata* on p. 62.

Exame Físico:

PA: FC: FR:

207 + 500 = 707

Diag. Provisório:

1- F. 5x20 17. row- (8)

NRO T Room (E) up to DATA @ 509 1%

NO 62

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

1. *Pharus* or *Agave* or *mod* or
 2. *Pharus* or *Agave* or *mod* or
 3. *Pharus* or *Agave* or *mod* or
 4. *Pharus* or *Agave* or *mod* or
 5. *Pharus* or *Agave* or *mod* or
 6. *Pharus* or *Agave* or *mod* or
 7. *Pharus* or *Agave* or *mod* or
 8. *Pharus* or *Agave* or *mod* or
 9. *Pharus* or *Agave* or *mod* or
 10. *Pharus* or *Agave* or *mod* or

CR: Slightly R of a coloring control - 10.0. 10.0

Na a fuma a pl.

+ AC ... 7/2 ... crisis ...

127 646

nl 1000 ml 6 ✓

Leonardo M. Entile
Medico
CRM 28401

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

JOÃO PEDRO DA SILVA

Nº do Registro:

Clínica:

Ortopedia

Nº do Leito

Operador:

Dr. Marcos Cesar

1º Assistente:

Dr. Cleiton

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Dra. Bruna

Anestesia:

Raquianestesia

Duração:

Data da Operação:

24/09/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura do tíbio distal
FEQ

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Osteossintese com 01 placa
anatomica do tíbio distal + 08 perfu-
ros bloqueados

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Paciente em DDH, sob raquianestesia
Artroscopia + Pêlo pró + Aproximação
com pinos estéril.Fratura anterior - ~~na~~ articular distal
em perfuro FEQ.

Dissecção

Observação: Proteção do tíbio distal FEQ
em curvaturaAproximação e fixação de 01 placa bloqueada
do tíbio distal + 08 perfuros bloqueados.
Artroscopia curativa

De acordo com o momento

A RPA

Dr. Cleiton Anjos Oliveira
CRM: 20304

24 SET. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: José Carlos R. Silva

Nº do Registro:

Clínica: ONOP

Nº do Leito

Operador: Dr. R. M. M. M.

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 06/09/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tx ORT. OMBROS P. M. M. (E)

Diagnóstico Pós-Operatório:

Ombro S. M.

Operação Proposta:

Cotelo M. M. + Fixação Ombro

Operação Realizada:

P. M. M. M.

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Put o ombro sob protractor +
microscópio + adaptação + (campo).

2. Lavagem oxigenada de espaço.

3. Reparo + fixação de tubo a + BO

4. Sítios + Cortes.

5. Portador + M. E.

6. Solução M. E. + Protocolo B. M.

Dr. Alfredo Lourenço

Ortopedia - Dor

11 DE 21990



HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA (HMJAO)

Dr. Erickson Magno Pereira
CRM-PE-25971

Av. Presidente Kennedy, s/n | Centro | Frei Miguelinho - PE | Fone/Fax: (81) 3751.1145 | CNPJ: 13.811.409/0001-30



PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO
SECRETARIA DE SAÚDE
TRABALHANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JOSILENE FERREIRA DA SILVA**, D.N. 12/06/1984, portadora de cédula de identidade nº 6727336 SDS/PE, CPF nº 325.683.668-26, residente e domiciliada no Sítio Lagoa Rasa, Frei Miguelinho, foi atendida nesta Unidade, **HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA**, no dia 05 de setembro de 2019, vítima de acidente de motocicleta, sendo encaminhando para o Hospital Regional do Agreste (HRA), prontuário nº 52.037, como consta na ficha de Atendimento Emergencial, que segue em anexo.

Colocamos-nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Frei Miguelinho/PE, 19 novembro de 2019.

Sec. Mun. de Saúde - Frei Miguelinho
Priscila Rafaela L. de A. Andrade
Diretora Administrativa
Portaria Nº 290/2017

Priscila Rafaela Leal de Assunção Andrade
Diretora Administrativa

HOSPITAL E MATERNIDADE
JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA
Av. Presidente Kennedy, S/N
Centro - Frei Miguelinho-PE
CNPJ/MF Nº 13.811.409/0001-30



PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO
SECRETARIA DE SAÚDE

TRABALHANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA (HMJAO)

Nº do prontuário: 52037	Hora do atendimento: 20:20	Data: 05/09/19	Profissão:
Nome do PCT: Jovlene Ferreira da Silva			
Data de Nascimento: 1/1/1974	Idade: 35 anos	Sexo: M() F()	
Estado Civil:	Nº cartão do SUS:		
Mãe: Marganda Maria Ferreira			
Pai:			
Endereço: St. Lagoa Rasa			
Bairro:	Cidade: F.M.		
Enfermeiro (a):	Tec. de enfermagem:	Médico (a):	
Pressão arterial:	Pulso: 100	HGT:	SPO2%: 98% FR:
Temp. axilar:	Peso:	Tipo de agravo:	
Histórico atual do paciente: TRATADA PELO SAMU COM COLAR CERVICAL EM PRANCHA RÍGIDA, IMOBILIZADA, APÓS TRAUMA/ACIDENTE DE MOTOCICLETA X CARRO. EX FÍSICO: GLASGOW 15; FRATURA EXPOSTA (FÊMUR) (E) TÍBIA. VÁRIAS ESCORÇÕES PELO CORPO, SEM TCE. AFM (+) BILATERAL, MVA 3RA 18 IRPM, EVANGELICA. HD: ABDOME FLACIDO, LIVRE, INDOLO; BACNA ESTABILIZADA. Conduta: HD: FRATURA EXPOSTA TÍBIA (E) CD: CEFOTRINA 50 + AD (IV) GENTAMICINA 400 (IV) + AD TRAMAL 100 (IV) + 200 AD LAVAGEM + DEBIDMANTE EM TÍBIA 1000-0 SF ENC. HMJAO 5764749 Amanda Ferreira Téc. Enfermagem COREN 001.308.751 20:30h.			



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Josilene Ferreira da Silva** , Esteve Interno (a) Nesta Unidade de Saúde no dia **05/09/2019 a 03/10/2019 com Registro Hospitalar: 344701.**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 30 de Outubro 2019
109.794.975/0269-2019
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

Data Nasc.: 12/06/1984

Idade: 35

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Prontuário: 344701

CPF:

RG:

CNS:

Religião:

Endereço: SÍTIO LAGOA RASA

Bairro: Z RURAL

Cidade: VERTENTES

Nº: 0

Estado: PE

CEP: 55770972

Fone: 981648431

Profissão:

Nome da Mãe: MARGARIDA MARIA FERREIRA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 05/09/2019 22:52

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PM Vítima do acidente de moto
CT. Fractura em punho (5)

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Art. 500 + 100

Diag. Provisório:

1- Fractura em punho (5)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO-X

RAIO X punho (5) data 05.09.19
NO BUL

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Paciente vítima de acidente de moto a		
minha motocicleta 730cc. Com motor e		
e uma moto Honda 130 cc. Colchete e Motor		
B. m + 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
C. m + 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
D. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
E. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
F. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
G. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
H. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
I. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
J. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
K. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
L. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
M. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
N. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
O. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
P. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
Q. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
R. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
S. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
T. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
U. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
V. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
W. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
X. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
Y. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		
Z. 1000 cc. de 2000 cc. de 1000		

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

JOÃO PEDRO DA SILVA

Nº do Registro:

Clínica:

Ortopedia

Nº do Leito

Operador:

Dr. Marcos Cesar

1º Assistente:

Dr. Cleiton

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Dra. Bruna

Anestesia:

Raquiocaudal

Duração:

Data da Operação:

24/09/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura do tíbio distal
FEAQ

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Osteossintese com 01 placa
anatomica do tíbio distal + 08 perfu-
ros bloqueados

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Paciente DDH, sob raquiocaudal
Artroscopia + PMA pré + Aproximação
com pinos estérilAcervo anterior - ~~na~~ artrodial distal
em perfuro FEAQ

Dissecção

Observação Proteção do tíbio distal FEAQ
em curvaturaAproximação e fixação de 01 placa bloqueada
do tíbio distal + 08 perfuros bloqueados
Artroscopia curativa

De acordo com o momento

A RPA

Dr. Cleiton Anjos Oliveira
CRM 20304

24 SET. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: José Carlos R. Silva

Nº do Registro:

Clínica: ONOP

Nº do Leito

Operador: Dr. R. M. M. M.

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 06/09/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tx ORP OMS Poma (E)

Diagnóstico Pós-Operatório:

Oms 540

Operação Proposta:

Cotelo de os + Placa de os +

Operação Realizada:

Placa de os +

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Put o os + sob prosta +
metabólica + metabólica + (campo)

2) Lavagem os + de spa 98.

3) Reparo + Placa de tubo + tubo

4) Sítios + Cortes.

5) Portais + Placa

6) Solução de os + Placa de os +

Dr. Alfredo Lourenço

Ortopedia - Dor

11 DE 21990



HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA (HMJAO)

Dr. Erickson Magno Pereira
CRM-PE-25971

Av. Presidente Kennedy, s/n | Centro | Frei Miguelinho - PE | Fone/Fax: (81) 3751.1145 | CNPJ: 13.811.409/0001-30

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 08 R-53
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

Josilene Ferreira da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

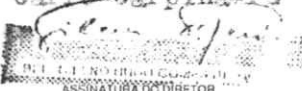
REGISTRO 6727336 DATA DE 17.08.2000
CÓDIGO

NOME
JOSILENE FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO
João Ferreira da Silva
Margarida Maria Ferreira

NATURALIDADE
Cabo-PE DATA DE NASCIMENTO 12.06.1984

DOC. ORIGEM CN.10666-L32-F.209V, Cart. de
Lagoa do Carro Carpina-PE

CPF 
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
325.683.668-26

Nome
JOSILENE FERREIRA DA SILVA

Nascimento
12/06/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3092028 SSP PE

CPF
574.940.534-68

DATA NASCIMENTO
04/06/1968

FLUXO
AMARO FERNANDES DE
OLIVEIRA SOBRINHO
DALVANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01410781208

VALIDADE
15/12/2020

1ª HABILITAÇÃO
25/09/1986

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1219484604

OBSERVAÇÕES

A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

DATA EMISSÃO
16/12/2015

ASSINATURA DO EMPREGADO

47587078291
PE070298467

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)



CONSULTA AO CADASTRO DE VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - RJ
CONSULTA AO CADASTRO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS (VIA INTERNET)

VIA

COD. RENAVAM

ANO DO ÚLTIMO LICENCIAMENTO
2009

NOME/ENDEREÇO
ALESSANDRO

CPF/CGC

PLACA
LLA6512

PLACA ANT/LP

ESPÉCIE TIPO
PASSAGEIRO

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.
2009

ANO MOD.
2010

LPI/CTM
2 / 0 / 124

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC./COTAS

FAIXA / P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

VENC./COTAS

PRÊMIO LÍQUIDO (R\$)

ISOF

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL
RIO DE JANEIRO

DETRAN.RJ

Horário: de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Telefones: 3460-4040 / 3460-4041 para agendamentos e serviços, e 0800-0204042 / 3460-4042 para atendimento do SAC

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461535/19

Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

CPF: 325.683.668-26

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSILENE FERREIRA DA SILVA : 325.683.668-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711760 **Cidade:** Frei Miguelinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711760 **Cidade:** Frei Miguelinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50