2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83

CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
JARBAS BRANDAO DE SIQUEIRA SANTOS
CPF: 583.499.524-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MATIAS DE ALBUQUERQUE 223 AP-804
STO ANTONIO/RECIFE
50010-090 RECIFE PE

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

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
02/07/2019	25/06/2019	004003839066
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
0,00	25/06/2019	2000480067
	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
	067401896	0003201816

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
14CF.616A.2CD5.D29F.40B0.8C31.825D.AC91

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	237,00	0,74193679	175,83
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,43
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-CDE-NF 059548073-25/04/19			2,10
TOTAL DA FATURA			209,45

Tarifas Aplicadas
Consumo Ativo(kWh) 0,54933399

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
JUN	19	237
MAI	19	291
ABR	19	326
MAR	19	239
FEV	19	301
JAN	19	245
DEZ	18	293
NOV	18	300
OUT	18	226
SET	18	194
AGO	18	237
JUL	18	161
JUN	18	166

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	59,03	33,49
Transmissão	6,87	3,90
Distribuição (Celpe)	41,50	23,55
Encargos Setoriais	9,80	5,56
Tributos	45,74	25,95
Perdas de Energia	13,13	7,45
TOTAL	176,26	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
176,26	25,00	44,06	176,26	0,17	0,29	176,26	0,79	1,39

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003171035978	CAT	27/05/2019	4.950,00	25/06/2019	5.187,00	29	1,00000	0,00	237,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		abr/2019			
DIC-No.de horas sem Energia	GAZOMETRO	0,00	4,71	9,43	18,86
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		

EUSD-Valor de Encargo de Uso = R$ 78,71

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! ag correios central salvador: avenida guararapes santo antonio / cbo informatica: pc da independencia 29 santo antonioLista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança 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%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004003839066	06/2019	0,00	02/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Sede Seguradora
Av. Rui Barbosa, 713 - Recife - PE

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 JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 402.061.224/20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.803.654/89, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.803.654 89, 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: Rua Matias de Albuquerque, Edf. Barramérico		Número: 223	Complemento: Sala 804
Bairro: Santo Antônio	Cidade: Recife	Estado: PE	CEP: 50010-090
Email: josimar.advogado@gmail.com	Telefone comercial DDD): (81) 99987-5498	Telefone celular (DDD): (81) 99188-9757	

Recife - PE, 06 de Setembro de 2019
Local e Data

Josimar Carvalho de Souza
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Gerência Seguradora
Av. Rui Barbosa, 1223
Recife - PE

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JAIR DE ANDRADE MORAES NETO,
RG nº 6.778.674, data de expedição 12/07/17,
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 059.706.514-43,
com domicílio na cidade de MACAPARANA, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA PEDRO VAZ FERREIRA PAIVA, nº 43-A,
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 ANA PAULA DE ANDRADE ARAÚJO, cujo o condutor era WILLIAMNS PAULO DE ARAÚJO.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: POP Ano: 2017
Placa: PCH-6710 Chassi: 9C2JB0100HR520015
Data do Acidente: 01/05/19

Local e Data: MACAPARANA, 07 DE AGOSTO DE 2019

RECONHEÇO
Cartório do Único Ofício Macaparana-PE
RECONHEÇO

Jair de Andrade Moraes Neto
Assinatura do Declarante

Williamns Paulo de Araújo
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Av. Rui Barbosa, 715 - Recife - PE

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO CÉSAR AUGUSTO DE FIGUERÊDO PEDROSA - Notário e Registrador
TABELIONATO, REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS, PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTO DE TÍTULOS
Rua Dr. Manoel Borba, nº 66, Centro - CEP - 55865-000 - Fone: (81) 99947-8749 - Macaparana - Pernambuco

Reconheço Por Autenticidade a firma de JAIR DE ANDRADE MORAES NETO Macaparana-PE.,16/08/2019 11:45:43. Em testemunho da verdade. CESAR AUGUSTO DE FIGUEREDO PEDROSA - TABELIÃO . Emol3,99, TSNR R$ 0,80 FERC R$ 0,40 Total 4,79 Selo:0076448.GWD06201901.01546 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO CÉSAR AUGUSTO DE FIGUERÊDO PEDROSA - Notário e Registrador
TABELIONATO, REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS, PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTO DE TÍTULOS
Rua Dr. Manoel Borba, nº 66, Centro - CEP - 55865-000 - Fone: (81) 99947-8749 - Macaparana - Pernambuco

Reconheço Por Autenticidade a firma de WILLIAMNS PAULO DE ARAUJO Macaparana-PE.,16/08/2019 11:46:16. Em testemunho da verdade. CESAR AUGUSTO DE FIGUEREDO PEDROSA - TABELIÃO . Emol3,99, TSNR R$ 0,80 FERC R$ 0,40 Total 4,79 Selo:0076448.BZM06201901.01547 Consulte

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO PARA TRANSPORTE DO PACIENTE

Unidade Mista Joaquim Francisco de Melo Cavalcanti

Nome do Paciente: Ana Paula de Barros Araújo

Destino: HOF (ortopedia)

Senha: 5674780

Diagnóstico: Fratura em antebraço direito

REMOÇÃO

Motivo (Registro Detalhado)

Queda de moto, com TCE (CCL 15), dor em antebraço direito - RX confirma fratura. À ortopedia.

Assinatura do Médico

Nº do CRM

Data: 21 / 05 / 19

Hora da Saída:

DEPARTAMENTO DE CONTEÚDO E VERIFICAÇÃO
06 SET 2019
Gestão Segurança e VA
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

07.165.026/0001-39
PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACAPARANA
Unid. Mista Joaquim Francisco
de Melo Cavalcanti
Rua Dr. Antonio Xavier, S/N
Macaparana-PE
55865-000

Unid. Mista Joaquim Francisco de Melo Cavalcanti

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 02/05/2019 13:33
Prontuário: 281767
Nº. Atendimento: 3327928
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:
TRAUMATOLOGIA POSTO I-07-03

Médico:
DILAMAR MOREIRA PINTO

Nome:
ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Idade:
31 Anos 3 Meses 23 Dias

Nasc.
18/03/1988

Sexo:
FEMININO

CNS:
704809522143545

Contatos:
81. 92430120 | Celular: 81.

Mãe:
MARIA ELIZABETE DE ANDRADE

Endereço:
AVENIDA JOAO FRANCISCO , N.º 35 - : 35 BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MACAPARANA - UF: PE

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:

DATA AVISO CIRURGIA:

ATENDIMENTO:
03327928

CÓDIGO PACIENTE:
00281767

NOME DO PACIENTE:
ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

SITUAÇÃO CIRURGIA:

TIPO DE ANESTESIA:
BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

COM CEC:

COM ROBÓTICA:

CID FINAL:
FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] - S524

Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE) - 0408020423

Material:

DATA / HORA INICIAL:
03/05/2019 15:50

DATA / HORA FINAL:
03/05/2019 17:10

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

CIRURGIÃO: ROBERTO WANDERLEY
1 AUX: EDUARDO KRUG
ANESTESISTA: DIOGO TORRES

1. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
2. APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
3. INCISÃO LONGITUDINAL EM BORDO ULNAR EM ANTEBRAÇO DIREITO
4. ABERTURA POR PLANOS COM EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA ULNAR DIREITA
5. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FOCO DE FRATURA COM SF 0,9% + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. SÍNTESE POR PLANOS COM MONONYLON 3.0
8. CURATIVO
9. TALA AXILO-PALMAR

OBS.: FERIMENTO E HEMATOMA COM ASPECTO INFECCIOSO.
APÓS EXPLORAÇÃO CONSTATADA EXPOSIÇÃO APENAS DA ULNA DIREITA
NÃO UTILIZADO FIXADOR EXTERNO PELA FALTA DO FIXADOR EXTERNO PARA ANTEBRAÇO

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 02/05/2019 13:33
Prontuário: 281767
Nº. Atendimento: 3327928
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:
TRAUMATOLOGIA POSTO I-07-03

Médico:
DILAMAR MOREIRA PINTO

Nome:
ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Idade:
31 Anos 3 Meses 23 Dias

Nasc.
18/03/1988

Sexo:
FEMININO

CNS:
704809522143545

Contatos:
81. 92430120 | Celular: 81.

Mãe:
MARIA ELIZABETE DE ANDRADE

Endereço:
AVENIDA JOAO FRANCISCO , N.º 35 - : 35 BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MACAPARANA - UF: PE

CIRURGIA PROPOSTA:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

CIRURGIA REALIZADA:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

DIAGNOSTICO INICIAL:
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

DIAGNOSTICO CIRURGICO:
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

INTERCORRÊNCIA:
NDN

ÓRTESE E PRÓTESE:
NÃO UTILIZADO
FIXADOR EXTERNO PARA ANTEBRAÇO INDISPONÍVEL

NOME DO MÉDICO : DILAMAR MOREIRA PINTO

LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMACAO

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Gauda Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO	Nº DO REGISTRO:281767
CLINICO: ORTOPEDISTA	Nº DO LEITO: 2-1

OPERADOR: DR EDUARDO QUEIROZ

1º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA	2º ASSISTENTE: DR RICARDO VILLAR
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR OMAR
ANESTESIA: BLOQUEIO + SEDAÇÃO	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 13/05/19	INÍCIO:	FIM:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO

OPERAÇÃO REALIZADA: CIRURGIA SUSPENSA NO INTRA-OPERATÓRIO DEVIDO A CONDIÇÕES CLÍNICAS

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. POSICIONAMENTO DE GARROTE PNEUMÁTICO
3. ASSEPSIA E ANTIASSEPIA
4. INCISÃO DE HENRY EM ANTEBRAÇO DIREITO
5. DIVULSÃO POR PLANOS
6. SUTURA POR PLANOS
7. CURATIVO COMPRESSIVO
8. RETIRADA DE GARROTE
9. APOSIÇÃO DE TALA AXILO-PALMAR
10. A SRA

OBS: PACIENTE APRESENTOU COMPLICAÇÕES ANESETESIÓLOGICAS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE SE ESTENDERAM POR MAIS DE 40 MINUTOS. OPTADO POR FECHAMENTO DE FERIDA OPERATÓRIA E REALIZAÇÃO DE CIRURGIA POSTERIORMENTE DEVIDO AO RISCO QUE AS COMPLICAÇÕES TRARIAM À PACIENTE A AO RESULTADO DA CIRURGIA.

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ANA PAULA DE ANDRADE ARAÚJO	Nº DO REGISTRO: 281767
CLINICO: ORTOPEDISTA	Nº DO LEITO: 07-03
OPERADOR: DR EDUARDO QUEIROZ	
1º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA	2º ASSISTENTE: DRA MONICA / DR ARTUR
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR OMAR
ANESTESISTA: GERAL + BLOQUEIO	DURAÇÃO:
DATA DA OPERAÇÃO: 20/05/2019	INÍCIO: / FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	
OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA	

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA + GARROTE DE MSD
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS
3. INCISÃO VOLAR SOB INCISÃO PREVIA PARA ACESSO A FRATURA DE RÁDIO + ABERTURA POR PLANOS
4. REDUÇÃO DA FRATURA
5. APOSIÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS
6. INCISÃO ULNAR SOB INCISÃO PRÉVIA PARA ACESSO À FRATURA DA ULNA + ABERTURA POR PLANOS
7. REDUÇÃO DA FRATURA
8. APOSIÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS
9. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
10. LAVAGEM COM SF 0,9%
11. SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO
13. TALA AXILO PALMAR
14. RETIRADO O GARROTE
15. PULSOS E PERFUSÃO NORMAIS

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMÉDICA	02 PLACAS DCP 3,5
PARAFUSOS	12 PARAFUSOS CORTICAIS

Mônica Magalhães
Médica
CRM-PE 26962

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Emitido por: ROSEMERENC
Em: 11/07/2019 09:05

Atendimento: 3327928

Dt Atendimento: 02/05/2019 - 13:33 **Dt Alta:** 22/05/2019 - 12:14

Paciente: 281767 **ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO**

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 128 TRAU 07-03 - POSTO I Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P Usuário: JULIAFS

Diretor Clínico:

CID: S524 FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: [illegible] Registro:

Clínica: Procedência:

Lumbo-mielico

Paciente vítima de acidente de moto HPM + 01 mês e 21 dias.

Tem fraturas dorso do antebraço D. e E/S. foi realizado osteossíntese e mantido em imobilização.

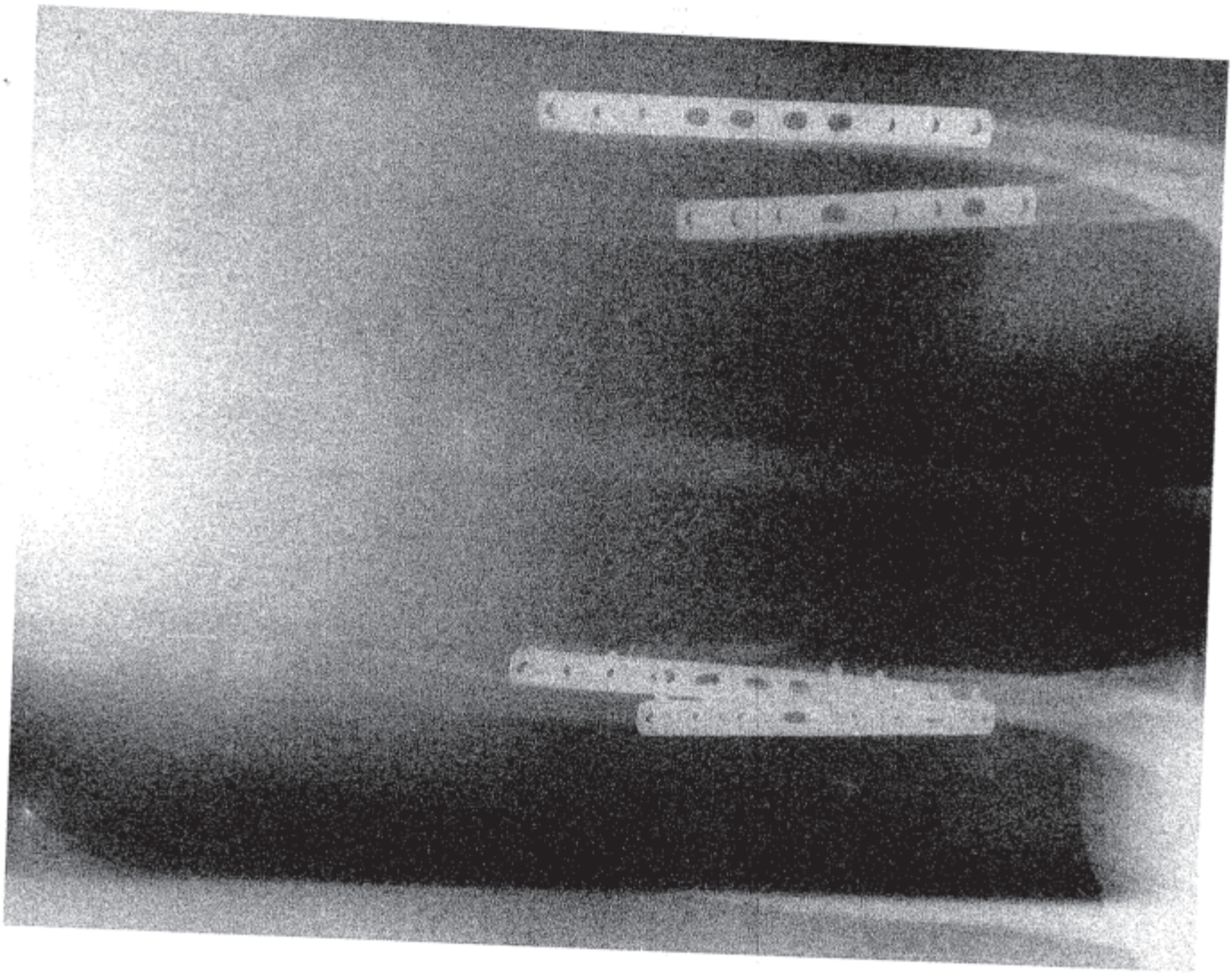
CID: S52.0

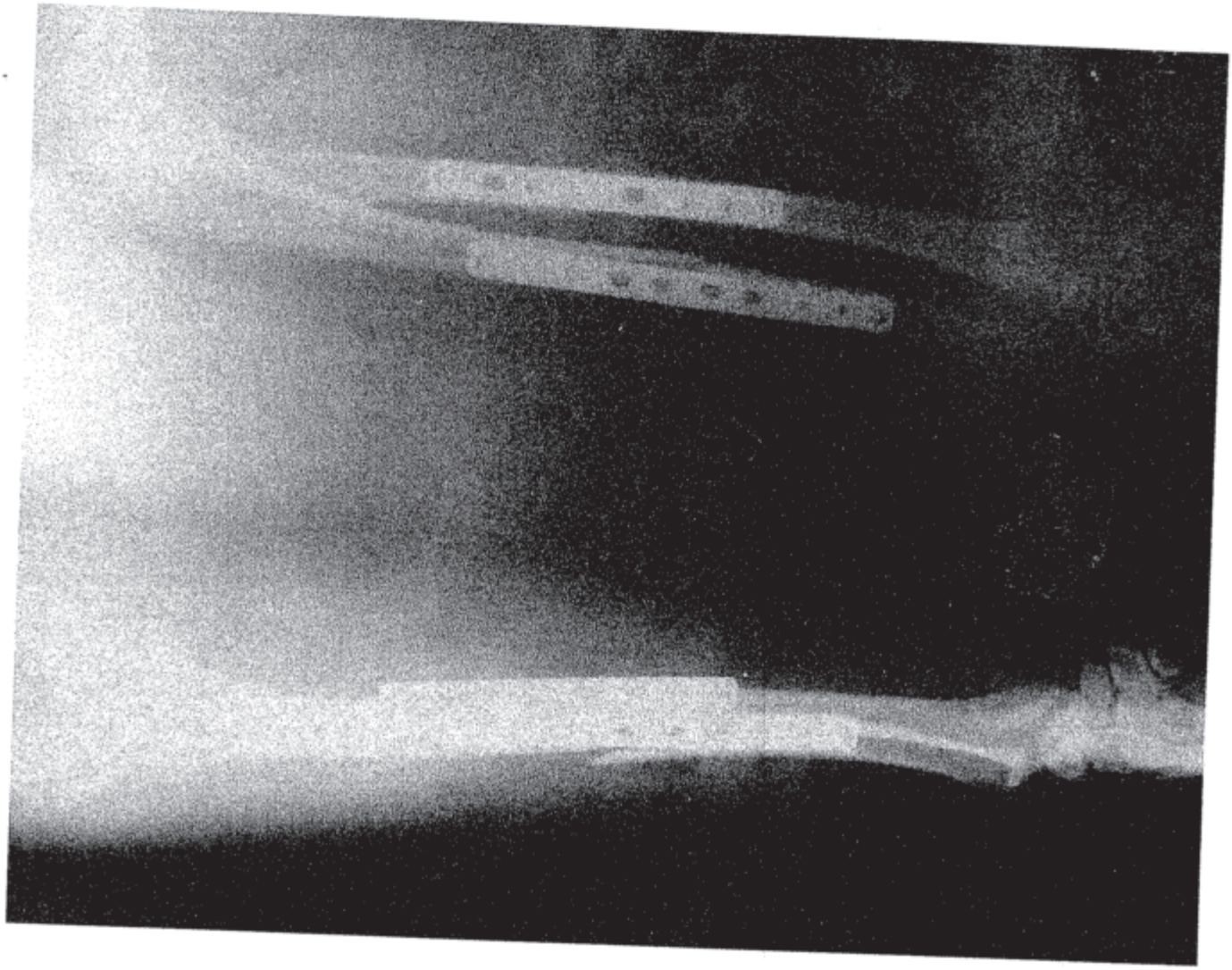
Dr. Paulo Sobral
Ortopedista
CRM-PE 10 7445

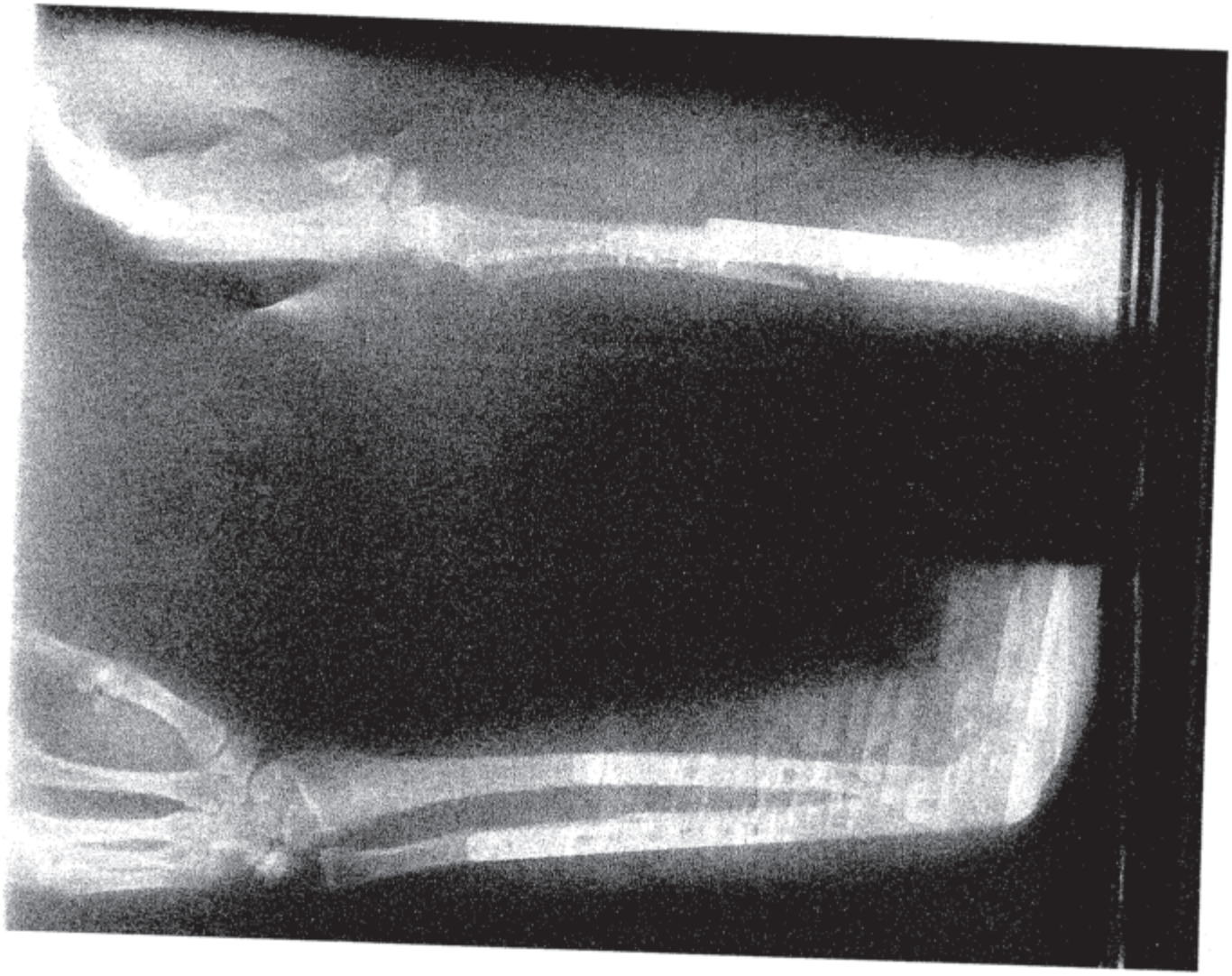
Data: 21/08/1

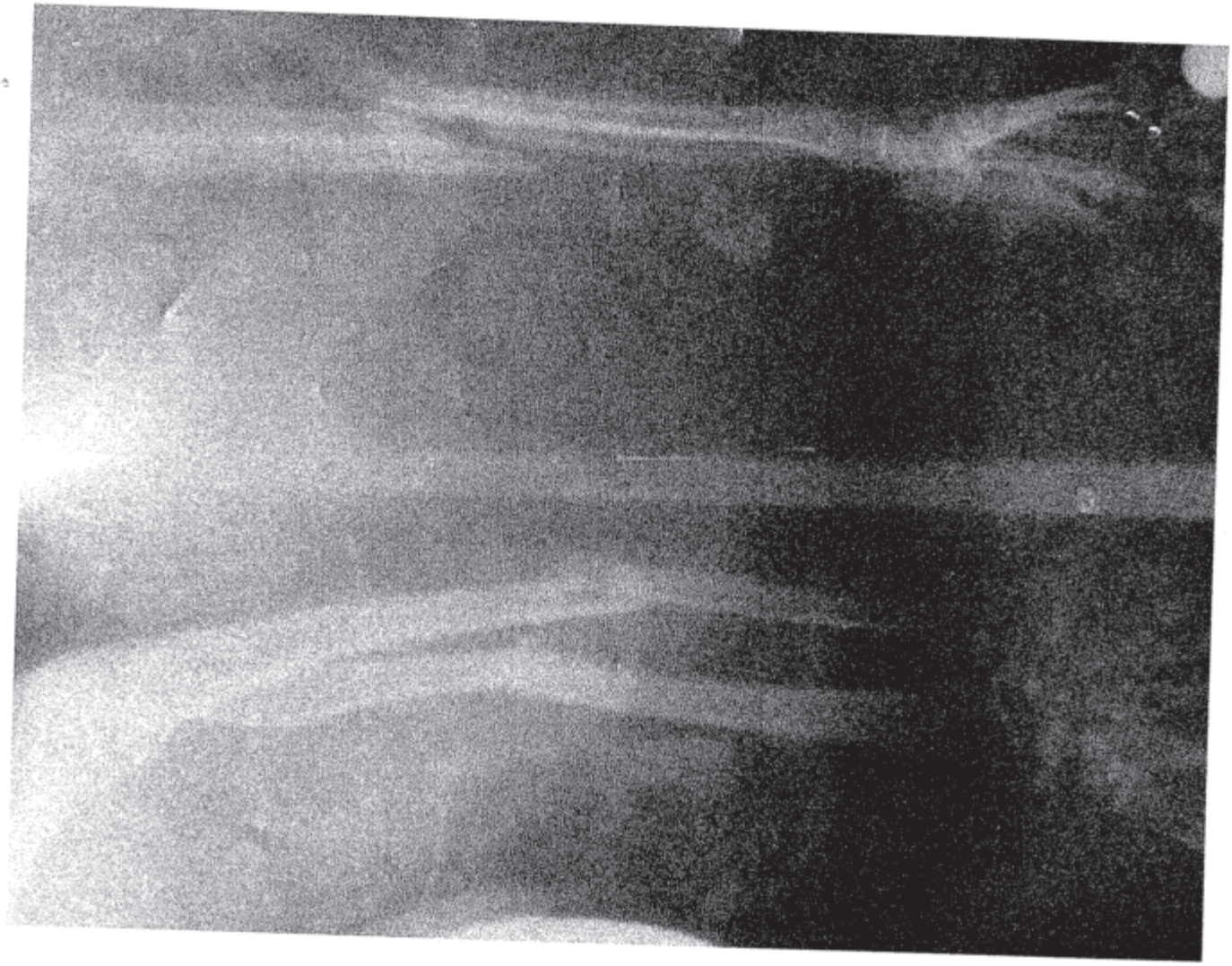
Médico-CRM

075-HOF









DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

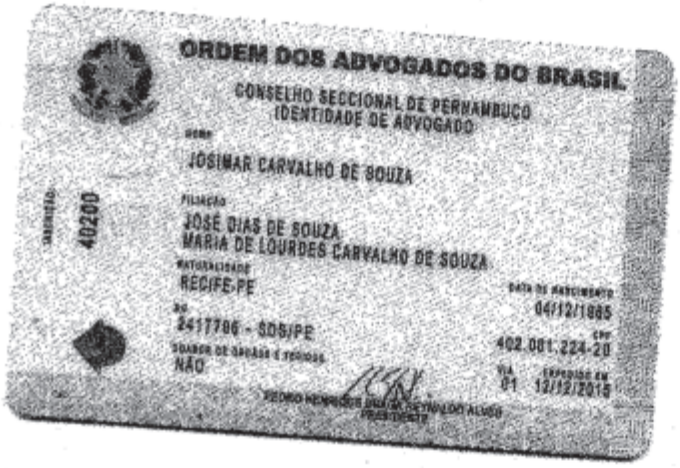
06R03

Ana Paula de Andrade Araujo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 6.559.534
DATA DE EXPEDIÇÃO: 29/08/2017
NOME: << ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO >>
FILIAÇÃO: << PAULO DE ARAUJO >>
<< MARIA ELIZABETE DE ANDRADE >>
NATURALIDADE: MACAPARANA - PE
DATA DE NASCIMENTO: 18/03/1988
DOC ORIGEM: << CN. 23.542 L.A47 F.59V CART. MACAPARANA-PE 17.08.2007 >>
CPF: 093.803.654-89
FABIO A. TOMAZELLI
DELEGADO DE CARREIRA
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83
4179489011100345A 7270278
E-76 282 530 - 3012



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309813/19

Vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

CPF: 093.803.654-89

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2019

Titular do CPF: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA : 402.061.224-20

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

ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO : 093.803.654-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Caixa Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2019
Nome: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA
CPF: 402.061.224-20

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190520560 **Cidade:** Macaparana **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO **Data do acidente:** 01/05/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.(PAG.03.04.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE + DEBRIDAMENTOS)(PAG.02)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 SUPERIOR DIREITO.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): ANA PAULA DE ANDRADE ARAÚJO, brasileira, solteira, RG nº 6.559.534 – SDS/PE, inscrita no CPF (MF) sob o nº 093.803.654-89, residente na Travessa Gease Alves Silva, nº 35, Centro, Macaparana/PE, CEP 55.865-000

OUTORGADO: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA, brasileiro, casado, RG nº 2.417.796 - SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 402.061.224-20, com endereço profissional sito à rua Matias de Albuquerque, nº 223, sala 804, Edf. Bancomércio, Stº Antônio, Recife, PE.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(s) outorgante(s) acima qualificado(s), nomeia(m) e constitui(em) como seu(s) bastante(s) procurador(a)(s), (a)(s) outorgado(a)(s) também qualificado(a)(s), para representá-lo(a)(s) no que diz respeito ao recebimento da indenização do seguro DPVAT (Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre).

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Recife/PE, 20 de agosto de 2019.

Cartório Único Ofício Macaparana-PE
RECONHEÇO

Ana Paula de Andrade Araújo
OUTORGANTE

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO CÉSAR AUGUSTO DE FIGUERÊDO PEDROSA - *Notário e Registrador*
TABELIONATO, REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS, PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTO DE TÍTULOS
Rua Dr. Manoel Barbosa, nº 96, Centro - CEP - 55865-000 - Fone: (81) 99947-0749 Macaparana - Pernambuco

Reconheço Por Autenticidade a firma de ANA PAULA DE ANDRADE ARAÚJO Macaparana-PE.,23/08/2019 08:50:41. Em testemunho da verdade. CESAR AUGUSTO DE FIGUEREDO PEDROSA
TABELIÃO
Emol3,99, TSNR R$ 0,80 FERC R$ 0,40 Total 4,79 Selo:0076448.LGS06201901.01877 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Av. Rui Barbosa, Recife -

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309813/19

Número do Sinistro: 3190520560

Vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Data do acidente: 01/05/2019

CPF: 093.803.654-89

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 17/09/2019	Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 402.061.224-20	CPF: 492.294.514-87
JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA	Marta Marinho dos Santos

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

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190520560

Vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necrópsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190520560 **Vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO**

Data do Acidente: 01/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização o 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 superiores 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: **ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **001**
Agência: **000002257-8**
Conta: **000010019507-5**
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

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

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190520560 **Vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO**

Data do Acidente: 01/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

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

LIDER Administradora do Seguro DPVAT

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: 093.803.654-89

4 - Nome completo da vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAÚJO

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ANA PAULA DE ANDRADE ARAÚJO

6 - CPF: 093.803.654-89

7 - Profissão: DO LAR

8 - Endereço: TRAVESSA GEASE ALVES SILVA

9 - Número: 35

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO

12 - Cidade: MACAPARANA

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55.865-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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: 2257 8 (Informar o dígito se existir) CONTA: 19507 3 (Informar o dígito se existir) VAR-51

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 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

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 (vai 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

DEPARTAMENTO DPVAT CONTEÚDO 06 OUT 2019 Av. Rui Barbosa Recife

40 - Local e Data, MACAPARANA, 07 DE AGOSTO DE 2019

* Ana Paula de Andrade Araújo

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

S.001 V002/2019

546249
0309813/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 052ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAPARANA - DP52ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (COMPLETO)
Nº. 19E0142000565

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/07/2019** às **16:32**

*** C O N F I D E N C I A L *** USO EXCLUSIVO PARA INVESTIGACAO E/OU INQUERITO POLICIAL *

DELEGACIA DE POLICIA DE MACAPARANA 52ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

Ocorrência

Natureza: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**

Data: **1/5/2019** Hora: **Noite**
Motivação: **NÃO INFORMADO**
Endereço do fato: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 1, RUA NOVA, 55000-000 CENTRO, MACAPARANA, PERNAMBUCO, BRASIL**
Local do fato: **VIA PUBLICA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Av. Rui Barbosa, 715 - Li. 5
Recife - PE

Envolvidos:

WILLIAMMS PAULO DE ARAUJO (AUTOR \AGENTE)
JAIR DE ANDRADE MORAES NETO (OUTRO)
ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO (VITIMA)

Objetos:

VEICULO: MOTOCICLETA (Usado na geração da ocorrência) - Proprietário: **JAIR DE ANDRADE MORAES NETO** - Utilizado por: **WILLIAMMS PAULO DE ARAUJO**

Envolvidos

ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO (presente no plantão) Sexo: **FEMININO**; Orientação Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Identidade Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Mãe: **MARIA ELIZABETE DE ANDRADE**; Pai: **PAULO DE ARAUJO**; Nascimento: **18/3/1988**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **6559834/SDS/PE (RG)**, **08318365489 (CPF)** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:
Idade aparente: **32**; Aparência: **FORTE**; Cor da pele: **PARDA**; Cor dos olhos: **CASTANHO**;

Peculiaridade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 35; RUA GEASI ALVES DA SILVA; 55000-000; CENTRO; MACAPARANA; PERNAMBUCO; BRASIL**

WILLIAMMS PAULO DE ARAUJO (não presente no plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Identidade Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **MARIA ELIZABETE DE ANDRADE**; Pai: **PAULO DE ARAUJO**; Nascimento: **13/2/1989**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:
Idade aparente: **31**; Aparência: **DESCONHECIDO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos olhos: **DESCONHECIDO**;

Peculiaridade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 35; RUA GEASE ALVES DA SILVA; 55000-000; CENTRO; MACAPARANA; PERNAMBUCO; BRASIL**

JAIR DE ANDRADE MORAES NETO (não presente no plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Identidade Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:
Aparência: **DESCONHECIDO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos olhos: **DESCONHECIDO**; Cor dos cabelo: **DESCONHECIDO**;

Peculiaridade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 43; RUA PEDRO VAZ FERREIRA PAIVA; 55000-000; CENTRO; MACAPARANA; PERNAMBUCO; BRASIL**

Objetos

MOTOCICLETA **(VEICULO)**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA / HONDA / POP 100** Apreendida: **Não**
Número de Série: **NÃO INFORMADO** Cor: **NAO INFORMADO** Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH6710** (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2017 / 2017**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE MACAPARANA
1ª CIRCUNSCRIÇÃO

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019

Complemento

A VITIMA INFORMA QUE TRAFEGAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTO QUANDO TEVE UM MAL SUBITO VINDO A CAIR ,TENDO SOFRIDO FRATURA EXPOSTA NO ANTE BRAÇO DIREITO.

B.O. registrado pelo policial: **ZEFERINO MAIA DANIEL - MAT. 288.651-4**

Ana Paula de Andrade Araújo

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 052ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAPARANA - DP52ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (COMPLETO)
Nº. 19E0142000565

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/07/2019** às **16:32**

***** C O N F I D E N C I A L **** USO EXCLUSIVO PARA INVESTIGACAO E/OU INQUERITO POLICIAL***

Ocorrência

Natureza: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**

Data: **1/5/2019** Hora: **Noite**
Motivação: **NÃO INFORMADO**
Endereço do fato: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 1, RUA NOVA, 55000-000 CENTRO, MACAPARANA, PERNAMBUCO, BRASIL**
Local do fato: **VIA PUBLICA**

Envolvidos:

WILLIAMMS PAULO DE ARAUJO (AUTOR \ AGENTE)
JAIR DE ANDRADE MORAES NETO (OUTRO)
ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO (VITIMA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Objetos:

VEICULO: MOTOCICLETA (Usado na geração da ocorrência) - Proprietário: **JAIR DE ANDRADE MORAES NETO** - Utilizado por: **WILLIAMMS PAULO DE ARAUJO**

Envolvidos

ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO (presente ao plantão) Sexo: **FEMININO**; Orientação Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Identidade Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Mãe: **MARIA ELIZABETE DE ANDRADE**; Pai: **PAULO DE ARAUJO**; Nascimento: **18/3/1988**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **6559534/SDS/PE (RG)**, **09380365489 (CPF)** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:
Idade aparente: **32**; Aparência: **FORTE**; Cor da pele: **PARDA**; Cor dos olhos: **CASTANHO**;

Peculiaridade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 35; RUA GEASI ALVES DA SILVA; 55000-000; CENTRO; MACAPARANA; PERNAMBUCO; BRASIL**

WILLIAMMS PAULO DE ARAUJO (não presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Identidade Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **MARIA ELIZABETE DE ANDRADE**; Pai: **PAULO DE ARAUJO**; Nascimento: **13/2/1989**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:
Idade aparente: **31**; Aparência: **DESCONHECIDO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos olhos: **DESCONHECIDO**;

Peculiaridade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 35; RUA GEASE ALVES DA SILVA; 55000-000; CENTRO; MACAPARANA; PERNAMBUCO; BRASIL**

JAIR DE ANDRADE MORAES NETO (não presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Identidade Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:
Aparência: **DESCONHECIDO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos olhos: **DESCONHECIDO**; Cor dos cabelo: **DESCONHECIDO**;

Peculiaridade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 43; RUA PEDRO VAZ FERREIRA PAIVA; 55000-000; CENTRO; MACAPARANA; PERNAMBUCO; BRASIL**

Objetos

MOTOCICLETA **(VEICULO)**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA / HONDA / POP 100 -** Objeto apreendido: **Não**
Número de Série: **NÃO INFORMADO** Cor: **NAO INFORMADO** Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH6710** (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2017 / 2017**

Complemento

A VITIMA INFORMA QUE TRAFEGAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTO QUANDO TEVE UM MAL SUBITO VINDO A CAIR ,TENDO SOFRIDO FRATURA EXPOSTA NO ANTE BRAÇO DIREITO.

B.O. registrado pelo policial: **ZEFERINO MAIA DANIEL - MAT. 208.651-4**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

LIDER Administradora do Seguro DPVAT

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: 093.803.654-89

4 - Nome completo da vítima: ANA PAULA DE ANDRADE ARAÚJO

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ANA PAULA DE ANDRADE ARAÚJO

6 - CPF: 093.803.654-89

7 - Profissão: DO LAR

8 - Endereço: TRAVESSA GEASE ALVES SILVA

9 - Número: 35

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO

12 - Cidade: MACAPARANA

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55.865-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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: 2257 8 (Informar o dígito se existir) CONTA: 19507 3 (Informar o dígito se existir) VAR-51

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 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

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 (vai 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

DEPARTAMENTO DPVAT CONTEÚDO 06 OUT 2019 Av. Rui Barbosa Recife

40 - Local e Data, MACAPARANA, 07 DE AGOSTO DE 2019

* Ana Paula de Andrade Araújo

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

S.001 V002/2019

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA DE MACAPARANA
Compromisso para Reconstruir

UNIDADE MISTA JOAQUIM FRANCISCO DE MELO CAVALCANTI

Declaração

Declaro para os devidos fins que Ana Paula de Andrade Araújo, deu entrada nesta Unidade de Saúde no dia 01/05/2019, após queda de moto, apresentando fratura dos ossos do antebraço D.

Tendo sido transferido para o Hospital Otávio de Freitas.

Macaparana, 14 de agosto de 2019.

Tiago Ribeiro de Lima
Médico
CRM PE 19314

Médico Plantonista

Unid. Mista Joaquim Francisco de Melo Cavalcanti

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Gerais Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 3
Recife - PE

07.165.026/0001-39
PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACAPARANA
Unid. Mista Joaquim Francisco
de Melo Cavalcanti
Rua Dr. Antonio Xavier, S/N
Macaparana-PE
55865-000

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 02/05/2019 01:24
Prontuário: 281767
Nº. Atendimento: 3327580
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Nome:
ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

Idade:
31 Anos 1 Mês 14 Dias

Nasc.
18/03/1988

Sexo:
FEMININO

CNS:
704809522143545

Contatos:
81. 92430120 | Celular: 81.

Mãe:
MARIA ELIZABETE DE ANDRADE

Endereço:
AVENIDA JOAO FRANCISCO , N.º 35 - : 35 BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MACAPARANA - UF: PE

Admissão

Queixa Principal

DOR, SANGRAMENTO E IMPOTENCIA FUNCIONAL DO ANTEBRAÇO DIREITO

História Clínica

REFERE ACIDENTE DE AUTO, APRESENTA FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO DIREITO

Exame Físico

DOR, SANGRAMENTO E IMPOTENCIA FUNCIONAL DO ANTEBRAÇO DIREITO

Observações

RX: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Conduta

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO

JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA - CRM: Nº.15979

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Dr. Juliano Machado
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.979 TEOT

CADASTRADO
SAME/HOF

REVISADO
23/05/19

PRÓTESE

MACAPARANA
SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE MISTA JOAQUIM FRANCISCO DE MELO CAVALCANTI

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE EMERGÊNCIA

EMERGÊNCIA: (-)MÉDICA ( )PEDIÁTRICA ( )OBSTÉTRICA/GINECOLÓGICA
( )CIRÚRGICA ( )ORTOPÉDICA

DATA: 01/05/19 HORA: ___ Nº DE REGISTRO ___

NOME: Ana Paula de Andrade Araujo

DN: 18/3/88 IDADE: 31 RG: ___

CADSUS [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

SEXO: ( )M (X)F ( )IGN RAÇA: ( )BRANCA (X)PARDA ( )NEGRA ( )INDÍGENA

ESTADO CIVIL: ( )CASADO (X)SOLTEIRO ( )UNIÃO ESTÁVEL ( )VIÚVO ( )DIVORCIADO

FONE: ( ) ___ ENDEREÇO: Av João Francisco 35

CIDADE: macaparana

GENITORA: ___

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: O mesmo

QUEIXAS:

vítima acidente com moto
com fratura exposta no antebraço
direito

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Ad braço + vulfrac

transferir p/ Otavio Freire

01/05/19

Dr. Jorge V. Neves
Médico
CRM - 4428-PE

( )INTERNAMENTO ( )OBSERVAÇÃO (X)TRANSFERÊNCIA
( ) ALTA ( )ÓBITO

RECEPCIONISTA

MÉDICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 SET. 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Graças / Recife / PE - CEP: 52011-040

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA PAULA DE ANDRADE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02257-8

CONTA: 000010019507-5

Nr. da Autenticação 0A2C09AF48DC1B52

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

CELPE

NOTA FISCAL / FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

PAULO DE ARAUJO

CPF: 296.151.274-34 NIS: 12343478432

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV GEASE ALVES SILVA 35

CENTRO/MACAPARANA
MACAPARANA PE
55865-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1203144012	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	**DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA**
27/05/2019	18/06/2019
TOTAL A PAGAR (R$)	
86,38	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	SUBSÉRIE
082708118	ÚNICA	20/05/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CONTRATO	Nº DA INSTALAÇÃO
20/05/2019	2000707384	1910788

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

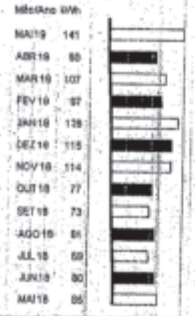
	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,26449740	7,93
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,45342412	31,73
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	41,0000000	0,68013619	27,88
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,80
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,59
ICMS_Subvenção Baixa Renda			1,02
Multa por atraso-NF 055048995 - 21/03/19			0,82
Juros por atraso-NF 055048995 - 21/03/19			0,43
Atualização IGPM-NF 055048995 - 21/03/19			0,39
PRÓ-CRIANÇA (081)3412-9950 0800 031 9999			4,00

TOTAL DA FATURA 86,38

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)
N80965	CAT	18-04-2019	17.296,00	20-05-2019	17.437,00	32	1,00000		141,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	68,34	25,00	17,08
PIS	68,34	1,16	0,79
COFINS	68,34	5,37	3,66

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	22,64	32,99%
Transmissão	R$	2,53	3,70%
Distribuição (Celpe)	R$	15,39	22,52%
Perdas de Energia	R$	4,84	7,08%
Encargos Setoriais	R$	1,51	2,21%
Tributos	R$	21,53	31,50%
Total	R$	68,34	100%

TARIFA APLICADA

Consumo Ativo até 30 kWh	0,16110137
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31049850
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,46589825

AUTENTICAÇÃO DIGITAL DO DOCUMENTO FISCAL

BAA8 7BFA.F7A8.163C.349F.E6DE.A928.7B0E

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no pontualmente pelo de você! Se entregamos + vig neste TO centro (mesqueinho fonseca: av. joao francisco de moure queiroz 260 central.lista completa em www.celpe.com.br * Na data da fatura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. A partir de 28/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,78% para Alta Tensão-RES 2.535/19. O cliente é compensado quando há violação de continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Regis. em atraso gera multa 2%(Resol 414/2010), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R$ 41,26. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º RDR 581/13.

ATENÇÃO À HELPE INFORMA: EVITE O CORTE DO CONTRATO DE ENERGIA

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	Discriminado	Valor	Vencido	Discriminado	Valor
26/04/19	20/05/19	34,44			

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 69 REN 414/Aneel. Poderão ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

HISTÓRICO DE USO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO MACAPARANA	VALOR APURADO mês/2019	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC		0,00	5,31	10,62	21,25
FIC		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC		0,00	3,03	6,00	6,00

Limite DICRI: 17,22 BUSD - Valor da Energia de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 33,84

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTORIZADO POR REGIME ESPECIAL DESPACHO ICMS-RE Nº 0400372 SEFAZ-PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Rua Rui Barbosa
Av. Rui Barbosa
Recife - PE