

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00626

CONTA: 000984077714-4

Nr. da Autenticação 834B250BFCFF0564

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022558 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA **Data do acidente:** 21/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-4-7-8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022558

Vítima: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADSON XAVIER ALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO HENRIQUE DE SENA 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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022558

Vítima: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADSON XAVIER ALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000626**

Conta: **000984077714-4**

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 104.411.394-42 Nome completo da vítima: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

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

Nome completo: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA CPF: 104.411.394-42
Profissão: RECUSA INFORMAR Endereço: RUA JOSE PAIXÃO DA SILVA Número: _____ Complemento: _____
Bairro: MÃE RAINHA Cidade: GIORLA DO GOIÁ Estado: PE CEP: 55620-000
E-mail: ADSONXAVIER.ADV@GMAIL.COM Tel.(DDD): (81)9.9526-4343

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0626 CONTA: 98407714 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: GIORLA DO GOIÁ - PE, 09/12/19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0154001276**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/11/2019** às **14:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/6/2019** no período da Tarde

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, RODOVIA - PE 50 GLORIA DO GOITÁ - PE - Bairro: ZONA RURAL - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)

PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**

Mãe: **MARIA GOMES DE SENA** Pai: **PEDRO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1991** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**

Telefones Celulares:

- **989049537**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITA, 12, RUA JOSÉ DA PAIXÃO - BAIRRO MÃE RAINHA - CEP: 5560000 - Bairro: - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido**

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

CAMINHÃO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

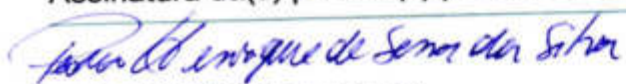
Descrição: **CAMINHÃO NA IDENTIFICADO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE PROVOCOU O ACIDENTE**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA AQUI PRESENTE, QUE NO DIA 21 DE JUNHO DE 2019, POR VOLTA DAS 17:00 HS CONDUZIA SUA

BICICLETA SENTIDO CENTRO DE GLÓRIA DO GOITÁ, QUE NAS PROXIMIDADES DA QUADRA DE FUTEBOL SOSSAITE, UM CAMINHÃO NÃO IDENTIFICADO QUE TRASITAVA NA PE - 50 INSUPERADAMENTE BATEU NA TRASEIRA DE SUA BICICLETA CAUSANDO DANO MATERIAL E ATINGIDO A VITIMA, QUE SOFREU ESCORIAÇÕES E FRATURA NA CRAVÍCULA LADO ESQUERDO, CONFORME FICHA DE OBSERVAÇÃO DE EMERGÊNCIA DA UNIDADE MIXTA MARIA GAIÃO GUERRA NESTA CIDADE E EM SEGUINDA ENCAMINHADO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES TRUMATOLÓGICOS DE PROBLEMAS EM EXTREMIDADES DO TIPO DOR PLEURÍTICA E ORTOPEDIA TRAUMATOLÓGICA DE ACORDO COM O BOLETIM DE ESCLARECIMENTO DAQUELA UNIDADE HOSPITALAR. DIANTE DO EXPOSTO, REGISTRA O PRESENTE BO.

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



PEDRO HENRIQUE DE SENA DA
SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOBSON DOS SANTOS SILVA** - Matrícula: 381.171-9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 104.411.394-42 Nome completo da vítima: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

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

Nome completo: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA CPF: 104.411.394-42
Profissão: RECUSA INFORMAR Endereço: RUA JOSE PAIXÃO DA SILVA Número: _____ Complemento: _____
Bairro: MÃE RAINHA Cidade: GIORLA DO GOIÁ Estado: PE CEP: 55620-000
E-mail: ADSONXAVIER.ADV@GMAIL.COM Tel.(DDD): (81)9.9526-4343

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0626 CONTA: 98407714 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: GIORLA DO GOIÁ - PE, 09/12/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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 0005943-93



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

ADRIANA BARBOSA DE ARAUJO
CPF: 856.902.104-63

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 15 DE NOVEMBRO 21 B.

CENTRO/GLORIA DO GOITA
55620-000 GLORIA DO GOITA 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

04/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

28/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

28/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

075385463

CONTA CONTRATO

004012803651

Nº DO CLIENTE

2000558862

Nº DA INSTALAÇÃO

0004208568

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

B5BC.82BA.0098.7CE3.F5C7.B444.67F4.684F

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	103,00	0,77545172	79,87
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,14
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,42
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,85
ICMS Subvenção-CDE-NF 067815950-27/06/19			0,69
Multa por atraso-NF 067815950 - 27/06/19			1,53
Juros por atraso-NF 067815950 - 27/06/19			1,24
Atualização IGPM-NF 067815950 - 27/06/19			0,46
TOTAL DA FATURA			106,20

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
85,43	25,00	21,35	85,43	0,74	0,63	85,43	3,42	2,92

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 9,54923099

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
AGO 18	103
JUL 18	167
JUN 18	162
MAI 18	139
ABR 18	119
MAR 18	163
FEV 18	137
JAN 18	157
DEZ 18	118
NOV 18	123
OUT 18	121
SET 18	88
AGO 18	72

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	23,62	34,68
Transmissão	2,97	3,43
Distribuição (Celpe)	18,92	21,38
Encargos Setoriais	4,23	4,95
Tributos	34,90	29,15
Perdas de Energia	5,18	6,65
TOTAL	85,43	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
90080090082715738	CAT	29/07/2019 9.246,00	28/08/2019 9.349,00	30	1,00000	0,00	103,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jun/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	GLORIA DO GOITA	0,00	5,67	11,34	22,68
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	9,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 30,73					
Toda Consumidor pode solicitar a apuração das indicações DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correios golana: praça barao do rio branco centro / farmacia saude do povo: rua madre deus 346 centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. 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	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004012803651	08/2019	0,00	04/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 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 ADSON XAVIER ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 922.665.174 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PEDRO HENRIQUE DE SENNA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.411.394 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PEDRO HENRIQUE DE SENNA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.411.394 / 42, 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 15 DE NOVEMBRO</u>		Número <u>213</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>GIÓRIA DO GOIÁ</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55620-000</u>
Email <u>ADSONXAVIERADV@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81)9.9526-4343</u>

GIÓRIA DO GOIÁ, 12 de DEZEMBRO de 2017
Local e Data

Assinatura do Declarante



Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data: 21/06/19	Hora da Chegada: 17:54h	Hora da Saída:
Nome: Paulo Henrique Pereira de Sena		Registro Nº 212311
Data de Nascimento: 24/07/91	Idade: 27a	Cor: B Sexo: M Estado civil: S
Nome da Mãe: M: Gomes de Sena		
Endereço: R. M. R. R. R.	Nº:	Bairro:
Naturalidade: Recife - PE	Responsável:	
Fone: () /		

H. D. A.: Paciente com história de diabetes, com
comorbidade, presença de amigdalite e
do intestino.

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg; HGT: mg/dL Temperatura: °C
Pulso: 76 bpm Peso: kg. Spo₂ 99 %
Diagnóstico:

Exame de urina: limbo
A.R. Ineficaz, R. R. R.

PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
S.F. 1000 N	
Tu-ol' por...	
S.R. 1000 N	

H.M.
Sena: 5/10/2019
R. R. R.



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência:

1.1 - Atendimentos em:

1.2 – Às 23 horas e 13 minutos.

1.3 – Internado:

1.4 - Retirou-se às 00 hr. e 49 min de 22/06/19.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1123127

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DIAFISÁRIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

4. Tratamento: 1) TIPÓIA.

5. Observação: VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR CAMINHÃO.

DATA: 17.7.2019

HORA: 13:43:46

PASTA: 01.07.2019

JGAS

RS


Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 736790

Prontuário: 1123127

Nome: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

Data Nasc.: 24/07/1991

Idade: 27

Sexo:

MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 8682177

CNS:

Endereço: RUA CINCO

Bairro: COHAB

Cidade: GLORIA DO GOITA

Nº: 56

Estado: PE

CEP: 55620000

Fone: 96518525

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA GOMES DE SENA

Acompanhante: MARIA GOMES DE SENA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA = 571067 VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CAMINHAO TEC: SELMA

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 21/06/2019 HORA: 23:13 Médico:

Queixa Principal / HDA:

Perda de consciência no momento do acidente de trabalho, com queda de altura, em uma obra de construção civil, no dia 21/06/2019, às 17:30h, no mesmo local.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo:
Colisão: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Motorista: ☒ Passageiro: ☐
Atropelamento: Sim ☒ Não ☐ Local de Impacto:
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☒ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por: Transporte Realizado por:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:
Observações:
HNC (-)
SIC (-)
paga cond. seg.

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora:

Score: Hora:

Score: Hora:

s/ déficit sensorial - mel.



**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Médico + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☒ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico: CRM/CRO: Data: 20/06/19 Hora: 00:45h

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Cadastramento: 21/06/2019 23:13 h CLAUDIOAS impressão: 21/06/2019 23:13 h CLAUDIOAS

Médico

Dr. Abílio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27950

#507# 22/06/19 (00:20h)
paciente vítima de acidente automobilístico
às 17:30h de 20/06/19. Evoluindo com
dor e edemato em ombro esquerdo.
Radiografia evidenciando fratura de
clavicula esquerda. Solicito tipo III
de fratura de clavicula do ombro esquerdo

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 21/06/2019 23:06

Nome Paciente:	PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	24/07/1991
Sexo:	Masculino
Idade:	27
Senha:	E0032
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 21/06/2019 23:06 - 21/06/2019 23:07

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTÓRIAS DE ATROPELAMENTO HA 6 HORAS, EVOLUI COM DOR TORÁCICA QUE
PIORA AO RESPIRAR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MSESQ

Observação: SENHA 5711067

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR PLEURÍTICA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/06/2019 23:07



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☒ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação; livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Avenida Garibaldi, S/n - Cordão
Recife/PE - CEP 50.030-000
Fone: (0800) 31845600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

Prontuário: 01123127

Data de Nascimento: 24/07/1991

Idade: 28a 3m 13d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA FOI VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DIA 21/06 COM TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. APRESENTOU FRATURA DE CLAVICULA E EVOLUIU COM DIFICULDADE PARA ELEVAR OMBRO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO CLINICO E FISIOTERAPICO SEM CONDIÇÕES DE RETORNAR AS SUAS ATIVIDADES LABORAIS.

CID10: S420


Dr. Diogenes Rodrigues Lima
CRM: 28059

Recife, 05 DE NOVEMBRO DE 2019

DIOGENES RODRIGUES LIMA - CRM: Nº.28059

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

Prontuário: 01123127

Data de Nascimento: 24/07/1991

Idade: 28a 0m 20d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA FOI VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DIA 21/06 COM TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. APRESENTOU FRATURA DE CLAVICULA E EVOLUIU COM DIFICULDADE PARA ELEVAR OMBRO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NESTE AMBULATORIO

CID10/; S420


Dr. Diogenes Rodrigues Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE - 28059

Recife, 13 DE AGOSTO DE 2019

DIOGENES RODRIGUES LIMA - CRM: Nº.28059

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO: *Pedro Henrique de Sousa S.*

IDADE:

SEXO: F ☐ M ☒

Exame físico:

AO ambulatório do grupo do ombro
e cotovelo.

116 1123157

31845720

22/06/19

Dr. Abílio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 27950

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-090
Fone: OXX 81.31845600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



CENTRAL DE EXAMES ESPECIAIS
LIBERAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

PACIENTE:

Paulo Henrique de Souza Silva

Nº PRONTUÁRIO:

RETORNAR EM

28, 10, 2014.

EXAME

☒ >

RESSONÂNCIA

☐

TOMOGRAFIA

☐

CINTILOGRAFIA

☐

DENSITOMETRIA

☐

ARTERIOGRAFIA

☐

DOSE DE IODO

☐

CARGA VIRAL

☐

ELETRONEUROMIOGRAFIA

ATENDIMENTO DE SEGUNDA À SEXTA-FEIRA
DAS 08:00 ÀS 13:00h.

Orlene E.

Avenida General San Martin s/n - Cordero
Recife/PE - CEP 50.630-090
Fone: 0XX 81 31845800

HGV 1050 V 1.2013

Paciente _____: 564433-Pedro Henrique De Sena Da Silva
Data _____: 08/10/2019
Nº Laudo _____: 12820921
Dat. Nasc. _____: 24/07/1991

Exame: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO ESQUERDO

Técnicas de exame:

Plano coronal, sequência "SPIN-ECHO", contraste ponderado principalmente em T₁.
Plano axial, sequência "TURBO SPIN-ECHO", contraste ponderado principalmente em T₂.
Plano coronal, sequência "TURBO SPIN-ECHO", ponderado em T₂.
Plano sagital, sequência "TURBO SPIN-ECHO", ponderado em densidade de prótons, com supressão de gordura.
Plano coronal, sequência "TURBO SPIN-ECHO", contraste ponderado em DP, com supressão de gordura.

COMENTÁRIOS

Não há sinais de lesões ósseas estruturais com características agressivas ou osteonecrose.
Discreta efusão líquida acrômio-clavicular e mínima edema da superfície óssea clavicular.
Fratura completa da diáfise média da clavícula, com discreta edema da medular óssea adjacente.
Correlacionar com tomografia.
Redução do espaço articular acrômio-umeral.
Mínima efusão líquida articular glenoumeral.
Traço de fratura no aspecto súpero-lateral da cabeça umeral, impactada, com intenso edema da medular óssea adjacente. Correlacionar com estudo tomográfico.
Os tendões do manguito rotador têm morfologia, orientação e intensidade de sinal normais.
O tendão do cabo longo do biceps, localizado na goteira bicipital, tem topografia, morfologia e intensidade de sinal normais e não há acúmulo anormal de líquido na bainha que envolve este tendão.
Não foram observadas anormalidades comprometendo os labrums.
Não foram observadas anormalidades comprometendo a musculatura ou o tecido celular subcutâneo.
Pequena imagem nodular medindo cerca de 1,5 x 0,8 cm, com sinal de gordura, de permeio a fibras mais posteriores do músculo deltóide, sugerindo lipoma.

Exame documentado em 6 filmes.



Dr. Gustavo Romão CRM PE - 13491



Nome: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA Nº registro: 778852
Dt. Nasc.: 24/07/91 - 27 ano (s) Sexo: Masculino
Mãe: MARIA GOMES DE SENA Fone: 8196518525

Endereço: COAB R 5, nº 56, CENTRO, GLÓRIA DO GOIÁ - PE

Data/hora: 21/06/2019 - 21:18

Setor: Leito:

Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA X Temperatura HGT
Alura Peso

ANAMNESE DO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR CAMINHÃO COM DOR EM OMBRO ESQUERDO

AO EXAME: DOR A ROTAÇÃO EXTER E INTERNA DE OMBRO E + DOR EM REGIÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA

HISTÓRIA: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL COM FRAGMENTO INTRA ARTICULAR (?) + FRATURA CONSERVADORA DE CLAVÍCULA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S42 - FRATURA DO OMBRO E DO BRAÇO (NOTA)

CONDUCTA

ANALGESIA + TIPOIA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

EM ANEXO

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Geral Vargas
Motivo: Investigação complementar
Sentar: 5711067

Dr. Luiz Valdo
Traumato / Ortopedia
CRM-PE: 24224

CRM: 24224
Dr. LUIZ VALDO PINHEIRO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.682.177 27/11/2008

<< PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA >>

<< PEDRO JOSÉ DA SILVA >>
<< MARIA GOMES DE SENA >>

RECIFE - PE 24/07/1991

<< CN.52921 L.45A F.53 CART.AFOGADOS
RECIFE-PE 02.07.1992 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 25/08/83

47.571 - 1022



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

104.411.394-42

Nome

PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

Nascimento

24/07/1991



 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ADSON XAVIER ALVES	SOC. CENTENÁRIO DOS EMPREGADOS 4730629 SSP PE
	CRI 922.665.176-49
	DATA NASCIMENTO 22/04/1977
FUNÇÃO JOSAO ADNERITO ALVES	
MARIA ALEGRIM LACINDA XAVIER	
PATENTE [REDACTED]	AGE [REDACTED]
CATEG. B2	
NUMERO 01897188436	VIGENCIA 03/06/2019
	VALIDADEZ 28/01/1997

OBSERVAÇÕES A	
<i>[Assinatura]</i>	
LOCAL VITORIA DE SANTO ANTAO - PE	DATA EMISSÃO 13/06/2014
P - P	
ASSINATURA DO DETENTOR 01890688853 PE040071430	

DETENTOR PE - PENNAHABUCU

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019259/20

Vítima: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

CPF: 104.411.394-42

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/06/2019

Titular do CPF: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADSON XAVIER ALVES : 922.665.174-49

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

PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA : 104.411.394-42

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: 14/01/2020
Nome: ADSON XAVIER ALVES
CPF: 922.665.174-49

ADSON XAVIER ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA PEDRO TIEMPTAU DE SENA DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 21/06/2019 CPF DA VÍTIMA 104.411.894-43
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA 15 DE NOVEMBRO
Nº 213 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
CIDADE GIROIA DO GOIÁ UF GO CEP 55620-000
E-MAIL ADSOXKAUER.AU@GMAIL.COM TELEFONE (81) 9.9526-4343

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
IDENTIDADE 41304261-550-PE
ASSINATURA [Assinatura]

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022558 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA **Data do acidente:** 21/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-4-7-8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTÔNOMO

Identidade: 8.682.177/5DS/PE CPF: 104.411.394-42

Endereço: RUA JOSÉ DA PAIXÃO SILVA, N.º 12, MÃE RAINHA, - GLÓRIA DO GOITÁ - PE

PROCURADOR:

Nome: Adson Xavier Alves

Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: Casado

Profissão: Bacharel em Direito

Identidade: 4730429/SSP-PE

CPF: 922.665.174-49

Endereço: Rua 15 de Novembro, 33 AN 1 CA A, Centro, Glória do Goitá - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, do acidente ocorrido no dia 21/06/19, no local ZONA RURA - GLÓRIA DO GOITÁ e sinistro tipo: INVALIDEZ PERMANENTE podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Podendo solicitar, receber e assinar documentos, representando-me perante Hospitais, Delegacias, IML, Bancos (abertura de Contas Corrente ou Poupança), Repartições Públicas em geral, cartórios e demais órgão públicos no intuito do bom andamento para o recebimento do Seguro de Transito DPVAT.

GLÓRIA DO GOITÁ, 09/12/19
Local e data

Pedro Henrique de Sena da Silva
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por a

CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE GLÓRIA DO GOITÁ
Titular: KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA
Telefone: (81) 3658-2168

Reconheço a(s) firma(s) de PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA por AUTENTICIDADE. Emolumentos R\$ 3,99; - TSNR R\$0,80. Glória do Goitá/PE, 09/12/2019. Em testemunho da Verdade. Dou Fé. KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA - TABELIÃ.

Selo: 0159533.SYE12201903.00102 09/12/2019 15:22:49
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019259/20

Vítima: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

CPF: 104.411.394-42

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/06/2019

Titular do CPF: PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADSON XAVIER ALVES : 922.665.174-49

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

PEDRO HENRIQUE DE SENA DA SILVA : 104.411.394-42

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: 14/01/2020
Nome: ADSON XAVIER ALVES
CPF: 922.665.174-49

ADSON XAVIER ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos