
Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200096484

Vítima: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

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, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200096484

Vítima: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

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\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **237**

Agência: **000003212-3**

Conta: **00000532412-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.391.054-85

4 - Nome completo da vítima:

Maria Elania da Silva Costa Nunes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:

Maria Elania da Silva Costa Nunes

6 - CPF:

045.391.054-85

7 - Profissão:

Recusou-se

8 - Endereço:

SE Buraco d'agua

9 - Número:

25

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Sítio Buraco

12 - Cidade:

Jacati

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55398-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9.9258-3087

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\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3212

3

CONTA:

532412

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?

☐ 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 aqueles 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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Jacati 23/12/19

Maria Elania da Silva Costa Nunes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BRADESIO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 151ª CIRCUNSCRIÇÃO - JUCATI -
DP151ªCIRC DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0241000257**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2019** às **09:52**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **1/9/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JUCATI, 01, SÍTIO BURACO D'AGUA; S/N; CASA COM ALPENDRE** - Bairro: **CENTRO** - **JUCATI/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **IGREJA STA LUZIA; ESCOLA JOSE CORDEIRO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES**

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

MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ADEILDA QUITERIA DA SILVA COSTA Pai: GABRIEL GOMES DA COSTA
Data de Nascimento: **1/3/1983** Naturalidade: **CAPOEIRAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6403389/SDS/PE (RG), 04539105485 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROFESSOR(A)** Telefones Celulares: **- 87981020896**

Endereço Residência: **MUNICIPIO DE JUCATI, 01, SÍTIO BURACO D'AGUA; S/N - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JUCATI/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFJ5749** (PERNAMBUCO/CANHOTINHO) Renavam: **258869830** Chassi:

9C2KC1510AR049637

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA TITAN CG150 ANO 2010 DE COR VERMELHA**

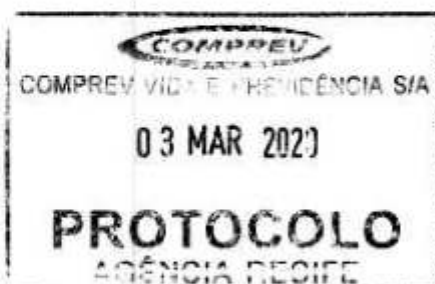
Complemento / Observação

VEIO A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA ELÂNIA DA SILVA COSTA, ONDE RELATOU QUE SOFRERA UM ACIDENTE EM SUA MOTOCICLETA HONDA TITAN CG 150 (PLACA PFJ5749), A QUAL ESTÁ EM NOME DE ROSA MARIA DOS SANTOS, NO DIA 1º DE SETEMBRO DE 2019, NO SÍTIO BURACO D'ÁGUA; A VÍTIMA INFORMOU QUE ESTAVA TRANSITANDO NORMALMENTE EM SUA MOTOCICLETA, E EM DADO MOMENTO PERDERA O CONTROLE E ACABOU COLIDINDO COM UMA RESIDÊNCIA, SENDO SOCORRIDA POR SEU ESPOSO, QUE CHEGOU AO LOCAL APÓS TER SIDO CHAMADO POR PESSOAS QUE ESTAVAM LÁ ESTAVAM NO MOMENTO DO ACIDENTE. A VÍTIMA INFORMOU QUE FOI LEVADA AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA, EM GARANHUNS, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS TRATAMENTOS, POIS FRATURARA A PERNA ESQUERDA, SENDO LIBERADA APÓS DECORRIDO O PERÍODO DE OBSERVAÇÃO. A MOTOCICLETA DA VÍTIMA APRESENTOU AS SEGUINTE AVARIAS: AMASSOU TOTALMENTE A CARENAGEM, GUIDÃO E BENGALAS, FICANDO IMPOSSIBILITADA DE TRANSITAR. NADA MAIS DECLAROU.

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

Maria Elania da Silva Costa Nunes
MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *ANA MARIA ROMÃO DE LIMA* Matrícula: **387147-9**



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:

045.391.054-85

4 - Nome completo da vítima:

Maria Elania da Silva Costa Nunes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:

Maria Elania da Silva Costa Nunes

6 - CPF:

045.391.054-85

7 - Profissão:

Recusou-se

8 - Endereço:

SE Buraco d'agua

9 - Número:

25

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Sítio Buraco

12 - Cidade:

Jacati

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55398-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9.9258-3087

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3212

3

CONTA:

532412

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?

☐ 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 aqueles 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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jacati 23/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BRADIS/O

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

13/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03212-3

CONTA: 000000532412-2

Nr. Autenticação

BRDESCO130320200500000000002370321200000053241294500 PAGO



NOTA FISCAL - EATUBA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Concessionária Energética de Pernambuco
Av. João de Sá, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50061-902
CNPJ 13.053.002/0001-08 | Insc. Est. 0005943-05 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE EDIVANILAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ESTRADA DA ÁGUA 25

CPF: 043.022.504-88

STO BARRÃO DA ALBUQUERQUE

JUCAI - PE

55145-000

CLASSIFICAÇÃO

ES RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

4011873290 05/2019

16/05/2019 07/08/2019

82,99

W-BAL	W-BAL	W-BAL
081204756	ÚNICA	08052019
08052019	0002857209	4129210

Consumo Abaixo (W-B)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Multa por atraso NF 053670418 - 12/03/19
Multa por atraso NF 057403543 - 09/04/19
Juros por atraso NF 057403543 - 09/04/19
Juros por atraso NF 053670418 - 12/03/19
Atualização IOF NF 057403543 - 09/04/19
Atualização IOF NF 053670418 - 12/03/19

QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
88,0000000	0,77662229	79,68
		0,42
		2,08
		1,32
		0,10
		0,75
		0,10
		1,10

TOTAL DA FATURA

IP DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL LECTURA	IP DE DIAS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO CORRIGIDO
0200219	CAT	08-04-2019	8 452,30	19 053,20	30	1 061,90		W-B

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	VALOR DE DEDUÇÃO	%	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR	%
MAI-19	00			Serviço de Energia	R\$ 24,45	31,35%
ABR-19	14			Distribuição de Energia	R\$ 2,74	3,54%
MAR-19	127			Perdas de Energia	R\$ 18,81	24,09%
FEV-19	80			Energia Entregue	R\$ 6,27	8,10%
JAN-19	87			Tributos	R\$ 3,00	3,88%
DEZ-19	80			Total	R\$ 55,27	71,36%
NOV-19	102					
OUT-19	89					
SET-19	92					
AGO-19	94					
JUL-19	78					
JUN-19	86					
MAY-19	92					

Pagamento por meio de boleto ou depósito em nome do cliente, com a finalidade de pagar a fatura de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica no prazo de 10 dias após a data de emissão da fatura. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica no prazo de 10 dias após a data de emissão da fatura. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica no prazo de 10 dias após a data de emissão da fatura.

PERÍODO	VALOR DE DEDUÇÃO	%	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR	%
MAI-19	00			Serviço de Energia	R\$ 24,45	31,35%
ABR-19	14			Distribuição de Energia	R\$ 2,74	3,54%
MAR-19	127			Perdas de Energia	R\$ 18,81	24,09%
FEV-19	80			Energia Entregue	R\$ 6,27	8,10%
JAN-19	87			Tributos	R\$ 3,00	3,88%
DEZ-19	80			Total	R\$ 55,27	71,36%
NOV-19	102					
OUT-19	89					
SET-19	92					
AGO-19	94					
JUL-19	78					
JUN-19	86					
MAY-19	92					





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Simão Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA
03 MAR 2021
PROCOLO
EMERGENCIA CIRURGICA

Número do Registro 902127	Data e Hora do Atendimento 01/09/2019 às 14:44:58	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGENCIA CIRURGICA
------------------------------	--	--	--

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025414966 - MARIA ELANIA DA SILVA COSTA
CNS: 701208005563311 Nascimento: 01/03/1983 Idade: 36 anos Sexo: Feminino Cor:
Estado Civil: Casado(a) Profissão: PROFESSORA Naturalidade: CAPOEIRAS-PE Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG - 6403389
Filiação: Pai: Mãe: ADEILDA QUITERIA DA SILVA COSTA

Endereço (Av., Rua, etc): SÍTIO BURRACO D'ÁGUA, N°. Complemento:
Bairro: ZONA RURAL Cidade: Jucati UF: PE Telefone:

Acompanhante:
Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
Procedência: Jucati Meio de Transporte:

Atendimento Médico:
Data: / / Hora: Médico: CRM: /

Queixa Principal:

HDA: Paciente vítima de queda de moto há aproximadamente 3 horas. Apresenta contusão em região frontal esquerda e refusa dar em MIE. Apresenta episódio de desmaio após a queda.

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 do Impacto:	
Via de Ferimento: Sim ☐ Não ☒	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☒	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐	Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.: °C
BE G, consciente e orientada			
B: Respiratório <i>ausente</i>			
C: Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm	

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 4 Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5 Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: 6 Hora:

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

RX de ~~perna~~ perna esquerda, AP e perfil
RX de ombro AP

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Realizada aspiração e antissepsia e sutura

1. Dieta 0 (zero)

2. Dipirona 2ml EV 6/6h

3. Soro Ringer Lactato 2000ml EV lento

4. Observação por 12h

5. Avaliação do ortopedista

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Cód. Procedimento

Dr. Gabriel Cardoso
MÉDICO
CREMEPE - 19.667

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

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

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transfêrência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento clínico e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, sob o meu absoluto conhecimento sob todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Dr. Alfredo Loureiro
Ortopedia - Dor
CRM-PE 21980

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	F. M. M. S. C. S. S.			Idade: 36
Situação/Queixa:	Dor no peito, com			

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA: 110/70	P:	R:	T:	SpO2	HGT:	GLIC:
------------	----	----	----	------	------	-------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA
------	----------

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁCICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma: *em*

Data:

07.05.78

ego Tenório
term.ira

Assinatura/Carimbo

CONSULTA

CIDADÃO

MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES
701208005563311
36 anos, 6 meses e 15 dias no dia deste atendimento.

ATENDIMENTO

Consulta agendada
16 de setembro de 2019 às 14:29

SUBJETIVO

ACIDENTE DE MOTO HÁ 15 DIAS USANDO TALA BOTA NO MIE, USANDO CEFALEXINA E NIMESULIDA

OBJETIVO

VERIFICAR QUEIXA E RAIOS X

Medições

Não foram realizadas medições neste atendimento.

Exames avaliados

Não foram avaliados exames neste atendimento.

AValiação

RX - FRATURA DA PERNA SEM DESVIO

Problema e / ou condição detectada

CID10 S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

PLANO

COLAR GESSO E RAIOS X

Procedimentos administrativos

Não foram realizados procedimentos neste atendimento.

PICs / Racionalidade em saúde

Não foram realizadas PICs e / ou Racionalidade em saúde neste atendimento.

Atestados

Não foram emitidos atestados neste atendimento.

Exames solicitados

Não foram solicitados exames neste atendimento.

Medicamentos prescritos

Não foram prescritos medicamentos neste atendimento.

Orientações

Não foram emitidas orientações neste atendimento.

Conduta

Retorno para cuidado continuado / programado

Encaminhamentos

Não foram solicitados encaminhamentos neste atendimento.

DR. JOSE HENRIQUE J. SAMPAIO
ORTOPEDISTA
CRM-PE nº 13358

JOSE HENRIQUE JUCA SAMPAIO
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CRM - PE 13358



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



ATESTADO MÉDICO

PERNAMBUCO
GOV. DO ESTADO

ATESTO que o Paciente

Sarahuns *05/09/19*
MARIA ELIANA SILVA COSTA

Portador da Carteira Profissional Nº

necessita de

dias de afastamento do trabalho a partir desta data por motivo de doença:

CID. S82

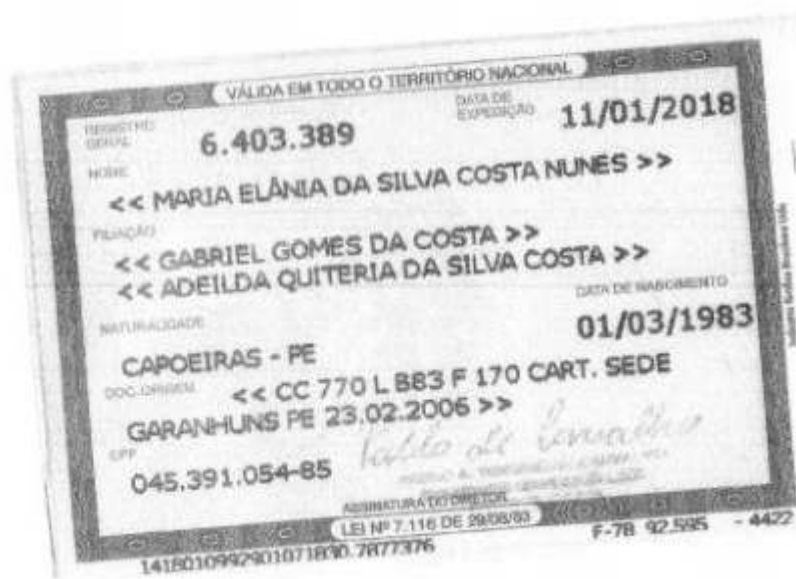
Ass. do Médico - Nº CRM

Série

Dr. Alfredo LOUREÇO
Ortopedia - Dor
CRM 21980

Hospital ou Ambulatório

ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 66 DO RPPM, APROVADO PELO DECRETO Nº 88.551 DE 14/02/1987 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

OSTEIA, PE

012239546601

ENTRADA DE VEICULO

RODA DE VEICULO DE VEICULO

1- 3500000000

0000000000

RODA DE VEICULO

0000000000

CANOTIM, PE

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

PE Nº 012239546601 INSCRICAO DE VEICULO

RODA DE VEICULO

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200096484 **Cidade:** Jucati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200096484 **Cidade:** Jucati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076956/20

Vítima: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

CPF: 045.391.054-85

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES : 045.391.054-85

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: 03/03/2020
Nome: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES
CPF: 045.391.054-85

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

JONATAN BARBOSA DE BARROS