

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666923 Vítima: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.

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



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666923

Vítima: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

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, 01 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666923

Vítima: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **237**

Agência: **000003217-4**

Conta: **0000033630-0**

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:

032 214 41401

4 - Nome completo da vítima:

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

6 - CPF:

032 214 41401

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SI GUILHERME

9 - Número:

850

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SI GUILHERME

12 - Cidade:

VITONIA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55600-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 988726145

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:

3217

4

CONTA:

33630

0

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIVIL)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ 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 Lider 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.

JOÃO SEVERINO DOS SANTOS

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

305.543.494-34

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

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

38 - 1ª | Nome: MARIA SELANGE DA SILVA MONTENEGRO

CPF: 015.987.824-10

MARIA SELANGE DA SILVA MONTENEGRO

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: FRANCISCO DE ASSIS MARGUESE MONTENEGRO

CPF: 050.914.794-44

FRANCISCO DE ASSIS MARGUESE MONTENEGRO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Data: 20/11/2019 Ter: 062880 N.Trans: 3764 Hora: 13:22

Valor: 10,00

Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 3217 / VITORIA DE STO. ANTAO
Conta: 0033630-0

Titular 1: IVANILDO G DOS SANTOS

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0093
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

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: 032 214 414 01 4 - Nome completo da vítima: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS 6 - CPF: 032 214 414 01
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: R. GUILHERME 9 - Número: 850 10 - Complemento:
11 - Bairro: S. GUILHERME 12 - Cidade: VITÓRIA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55600-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 681298871615

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:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3217 4 CONTA: 33630 0
(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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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.

JOÃO SEVERIANO DOS SANTOS

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

305.543.494-34

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

X João Severiano dos Santos

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

38 - 1ª | Nome: Maria Selange de Sousa Monteiro
CPF: 035.987.824-30

X Maria Selange da Silva Monteiro

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Francisco de Assis Marques Monteiro
CPF: 050.947.994-44

X Francisco de Assis Marques Monteiro

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001253

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/11/2019** às **09:47**

Complementa o BO Número:

19E0154001107

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/7/2019** às **13:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, SITIO CANAVIEIRA - Bairro: ZONA RURAL - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LENILSON (AUTOR \ AGENTE)

FERNANDA TEREZA DOS SANTOS (OUTRO)

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

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

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

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: SEVERINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO Pai: SEVERINO GUILHERMINO DOS SANTOS Data de Nascimento: 2/3/1974

Naturalidade: GLORIA DO GOITA / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 5864453/SDS/PE (RG), 03221441401 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: ANALFABETO

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, SITIO GUILHERME - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL

LENILSON (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, SITIO CANAVIEIRA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL

FERNANDA TEREZA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FERNANDA TEREZA DOS SANTOS, que estava em posse

Nome do arquivo: INTIMAÇÃO DUPLA
Diretório: C:\Users\inv\Documents
Modelo: C:\Users\inv\AppData\Roaming\Microsoft\Modelos\Normal.dotm
Título: DELEGADO
ESCRIVÃO
Assunto:
Autor: Polícia civil
Palavras-chave:
Comentários:
Data de criação: 24/10/2018 11:14:00
Número de alterações: 28
Última gravação: 10/10/2019 12:33:00
Salvo por: inv
Tempo total de edição: 2.949 Minutos
Última impressão: 11/11/2019 13:01:00
Como a última impressão
Número de páginas: 1
Número de palavras: 504 (aprox.)
Número de caracteres: 2.724 (aprox.)

file:///C:/Users/inv\infopol\xml\BOEPreview.htm

18/10/2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001107

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/10/2019 às 10:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/7/2019 às 13:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, SÍTIO CANAVIEIRA - Bairro: ZONA RURAL - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
LENILSON (AUTOR/AGENTE)
IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): LENILSON



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

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: BEVERINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO Pat: SEVERINO GUILHERMINO DOS SANTOS Data de Nascimento: 23/1974
Naturalidade: GLORIA DO GOITA / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 38644538DSPE (RG), 03221441407 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: ANALFABETO
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, SÍTIO GUILHERME - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL

LENILSON (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, SÍTIO CANAVIEIRA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NX 150 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)
Placa: PCA3690 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 103231032 Chassi: 9C2KD0540ER086423
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCOOL/GASOL
Descrição: MODELO NX150 BROS ESP

18/10/2019



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DO RIO GRANDE DO SUL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOIÁS - 09451000

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 190124001103

Com a presente registro esta unidade policial nº 18/10/2019 às 10:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA MORTAL - Cópia do Relatório de ocorrência nº 18/10/2019 às 10:18



Local do acidente: Município de Glória do Goia, 1ª Círculo de Defesa Social - RUA DO GOIÁS - 09451000
RUA DO GOIÁS - 09451000
Data: 18/10/2019

1. Descrição do acidente: Acidente de trânsito envolvendo um veículo de passeio e um veículo de transporte coletivo, resultando na morte de uma pessoa.

2. Descrição do veículo envolvido: Veículo de passeio, cor preta, modelo não identificado, placa de Glória do Goia.

Quelques dados pessoais (s) envolvidos

3. Descrição do acidente: Acidente de trânsito envolvendo um veículo de passeio e um veículo de transporte coletivo, resultando na morte de uma pessoa.

4. Descrição do veículo envolvido: Veículo de passeio, cor preta, modelo não identificado, placa de Glória do Goia.

Quelques dados (s) envolvidos

5. Descrição do acidente: Acidente de trânsito envolvendo um veículo de passeio e um veículo de transporte coletivo, resultando na morte de uma pessoa.

6. Descrição do veículo envolvido: Veículo de passeio, cor preta, modelo não identificado, placa de Glória do Goia.

Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

MOTOCICLETA 02 (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **LENILSON**, que estava em posse do(s) Sr(a): **LENILSON**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE VINHA NA ESTRADA VICINAL QUE CRUZA O BITO CANAVEIRA, NO SENTIDO DISTRITO DE OUTEIRO, PILOTANDO SUA MOTOCICLETA HONDA NXR160 BROS PLACA PCA 3690, QUANDO DEU DE FRENTE COM OUTRA MOTOCICLETA, PILOTADA PELA PESSOA CONHECIDA POR LENILSON, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO, COM UMA MOTOCICLETA YAMAHA, PLACA E MODELO DESCONHECIDOS, POREM PELA FAIXA DA CONTRAMÃO, E NÃO CONSEGUIU SE DESVENCILHAR DA VITIMA. AMBOS SE FERIRAM NA BATIDA, SENDO SOCORRIDOS POR MORADORES DO LOCAL, ATÉ O HOSPITAL PÚBLICO DE GLORIA DO OITÁ. IVANILDO TEVE FERIMENTOS NA MÃO E BRAÇO DIREITOS, TENDO FRATURA EXPOSTA, E NO PÉ DIREITO.

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

IVANILDO GUILHERMINO DOS
SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ODON ALVES DA ROCHA JÚNIOR** - Matrícula: **214895**

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:

032 214 41401

4 - Nome completo da vítima:

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

6 - CPF:

032 214 41401

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SI GUILHERME

9 - Número:

850

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SI GUILHERME

12 - Cidade:

VITÓRIA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55600-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 988726195

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:

3217

4

CONTA:

33630

0

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CNJ)

☐ 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 resíduo (patrimônio)?

☐ 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 Lider pagará, caso devlida, 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.

JOÃO SEVERINO DOS SANTOS

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

305.543.494-34

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

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

38 - 1ª | Nome: MARIA SELANGE DA SILVA MONTENEGRO

CPF: 015.987.824-10

MARIA SELANGE DA SILVA MONTENEGRO

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: FRANCISCO DE ASSIS MARGUESE MONTENEGRO

CPF: 050.914.794-44

FRANCISCO DE ASSIS MARGUESE MONTENEGRO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Secretaria Municipal de Saúde

57

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data: 16/07/19	Hora da Chegada: 13:48h	Hora da Saída:
Nome: Romildo Guilhermino dos Santos		Registro Nº 316.570
Data de Nascimento: 02/03/74	Idade: 45 a	Cor: P Sexo: M Estado civil: C
Nome da Mãe: Severina Joia da Conceição		
Endereço: St. Guilherme	Nº:	Bairro: Zona Rural
Naturalidade: Glória do Getaí - RS	Responsável: o mesmo	
Fone: () /		

H.D.A. Colisão moto-motos com tremor no
mão e 3 e 4. Ombro e
Acidentes no supercílio D. Cr = 15

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: X mmHg; HGT: mg/dL Temperatura: °C
Pulso: bpm Peso: kg. SpO₂ %
Diagnóstico:

PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
EUTVIA	
OTOPEDIA - Rjmo	
ST: 5728694	
Voltarem 75 mg 10mg 4 ^{ta} Auto 14:22	

Antônia Braz
Médica

Assinatura do Médico - CREMEPE

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:

27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03217-4

CONTA: 000000033630-0

Nr. Autenticação

BRADESCO271220190500000000002370321700000003363067500 PAGO

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 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 IVONILDO FERREIRA DE B. JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.699.224 / 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS
(a) no CPF sob o Nº 032.214.414 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.214.414 / 01, 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 PC PE FELIX BARRETO		Número 13	Complemento
Bairro LIVRAMENTO	Cidade VITÓRIA DE SANTO ANTAO	Estado PE	CEP 55602-360
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) 81 98877-6145

Vitória de _____ de _____
Local e Data

Ivonildo Ferreira de B. Junior
Assinatura do Declarante



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

1. Ocorrência da Emergência: 746038

1.1 - Atendimentos em: 16/07/19

1.2 - Às 18 horas e 10 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1033707

2.1 - Internado em: 16/07/19

2.2 - Alta em: 13/08/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DE F1 DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO + FRATURA FECHADA DE F1 DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO + FRATURA FECHADA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO + FRATURA FECHADA DO F1 DO 1º PODODÁCTILO DIREITO.

4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 16/07/19 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO. 2º CIRURGIA EM 08/08/19 = REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO + TENORRAFIA DO EXTENSOR SUPERFICIAL DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 18.11.2019

HORA: 10:34:50

PASTA: 01.11.2019

TB

RS

Tadeu Buril
Cir. Vascular
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buril.

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 746038

Prontuário: 1033707

Nome: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

Data Nasc.: 02/03/1974 Idade: 45

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: RG:

CNS: 706709593009911

Nº: 0

Endereço: SÍTIO GUILHERME

Estado: PE

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: GLÓRIA DO GOITA

CEP: 55620000

Fone: 82439225

Profissão:

Nome da Mãe: SEVERINA JOSE DA CONCEICAO

LEONARDO (IRMÃO)

Acompanhante: MARIA JOSE PORFIRIO DA SILVA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: HOSP. DE GLÓRIA DO GOITA, SENHA 5728812, REFERE ACIDENTE TRANSITO COM QUEDA DE MOTO. COM TRAUM

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

ATENDIMENTO DATA 16/07/2019 HORA: 18:10 h Médico:

Múcio Leônicio Lima Filho
Traumato-Ortopedista
TEOT 16870
CRM 17275 PE

Queixa Principal / HDA:

Perda lateral da consciência entre 13:00h e 13:05h
13:00h e 13:05h com trauma no membro superior direito

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista: <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>
Colisão: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Altura: m
Vítima de Ferimento: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte Realizado por:
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Por que:
Condições de imobilização adequadas: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Observações:

NRS (-)
DR (-) não doloroso lesão no membro superior direito

Exame Físico:

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

lesão no membro superior direito (cor vermelha na mão)

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

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

Glasgow: Abertura Ocular
Score: 4 Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Score: 5 Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Score: 6 Hora:

prova a cor vermelha





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Tratamento / Procedimentos:

Indicação Cirúrgica: Sim ☒ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☒ Cirurgia ☐ Obito ☐ Termo de Arrependimento ☐ Pedido de Adiamento

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Observações:

Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

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: 16/07/2019 18:10 h JOSENEIDEAS

impressão: 16/07/2019 18:10 h JOSENEIDEAS

Médico

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 16/07/2019 18:02

Nome Paciente: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 02/03/1974
Sexo: Masculino
Idade: 45
Senha: E0025
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/07/2019 18:03 - 16/07/2019 18:03

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

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE QUEDA DE MOTO HA 6 HORAS, EVOLUI COM TRAUMA ABERTO EM PE D.
NEGA VOMITOS E DESMAIOS

Observação: SENHA 5728812

Rexograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

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: 16/07/2019 18:03



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.**

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | IDADE > OU IGUAL 65 ANOS |
| <input type="checkbox"/> | CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS |
| <input type="checkbox"/> | COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO |
| <input type="checkbox"/> | DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE |
| <input type="checkbox"/> | PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA |
| <input type="checkbox"/> | DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA |
| <input type="checkbox"/> | HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA |
| <input type="checkbox"/> | ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA) |
| <input type="checkbox"/> | OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA |
| <input type="checkbox"/> | SEDAÇÃO/ANESTESIA |
| <input type="checkbox"/> | MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL |
| <input type="checkbox"/> | URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL |
| <input type="checkbox"/> | HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA |
| <input type="checkbox"/> | 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 enfermaria 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: _____



Secretaria Municipal de Saúde
Receituário

Unidade de Saúde:

Hospital São Marcelo

Nome: ORTOPEDIA

Registro nº:

Clinica: ST: 5728694

Enfermaria:

Encaminhado o Sr. Ivanildo Guil-
hermino dos Santos, 45 anos, com
história de queda após colisão moto-
moto. G = 15, trauma na cabeça
e ombro D, fratura D e edema e dor
e tb no 3º Q.D. e deformidade
muito D e dor ao toque. Tratamento
em superativo D.

Data: 16 / 07 / 19

Artéria Braz
Médica
CRM 13.025

MÉDICO

1971 10 14

COLEGIO DE LA
REGION
VALLE DEL CAUCA

DN = 02103174

Jerónimo Lobo
Ortopeda - Traumatologia
C.R.M. 11285 - JTCOT 7882

5:57 at 812

Acción de la comunidad

Fu. h. celebracion + 144

fuera respecta do 32

da e se llama a los

de la familia de 1923

apartado



76107197
1971 303



SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

NOME DA MÃE:

CARTÃO SUS:

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F: ☐ M: ☐

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

Fratura de 3º QDD + lesão de tendão extensor

COMORBIDADE:

do 3º QDD

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Tretamento cirurgico

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO)

DATA DA INTERNAÇÃO:

16.07.19

DATA DA ALTA:

13.08.19

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

0408060450 || 0408020342

CID: 5669

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.

EQUIPE

NOME DO PROFISSIONAL

1 CIRURGIÃO

2 1º AUXÍLIO CIRÚRGICO

3 2º AUXÍLIO CIRÚRGICO

4 ANESTESISTA

5 CLÍNICO

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI

☐

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

☐

USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

☐

HEMODIÁLISE

☐

USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO

☐

USO DE OXIGÊNIO

☐

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

Alta

MOTIVO DA ALTA:

☐ CURADO

☐ MELHORADO

☐ TRANSFERÊNCIA

☐ OUTROS

ÓBTO:

☐ IML

☐ SVO

☐ BO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA/CARIMBO/CRM



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PERNAMBUCO

Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS Registro: 1033707

Data da operação: 15/07/2019

Operador: DR. GUILHERME CIDIER

1º auxiliar: DR. DR. JOSE VITOR

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE F1 3º QDD + FRATURA FECHADA DE F1 4º QDD E F1 POLEGAR D + FRATURA FECHADA F1 HÁLUX D

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO 3º QDD (LMC + SUTURA)

Descrição operatória:

- 1) Realizar em decúbito dorsal sob anestesia local com lidocaína 1%;
- 2) Azarona e antissépsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Desbridamento do bordo da ferida;
- 5) Limpeza abundante com SF 0,9%;
- 6) Apoiamento da borda do ferimento com Nylon 3-0;
- 7) Curativo estéril;
- 8) Adição de 10 ml oxipulmar;
- 9) Curativo e colocação de gesso distal ao fim do procedimento.

DESEMPENHO: AS FRATURAS COM TRAÇO TRANSVERSO NÃO ABORDADAS CIRURGICAMENTE DEVIDO A EMERGÊNCIA DEVIDO INDISPONIBILIDADE DE MOTOR. SOLICITO AVALIAÇÃO DO GRUPO DA MÃO.

Ana Aurora Revoredo Torres
Traumato-Ortopedia
CRMPE 25656

UARR



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

Prontuário: 1033707

Data da operação: 08/08/2019

Operador: Dra. SANDRA PAIVA

1º Auxiliar: Dr. DALMY

2º Auxiliar: Dr. AGNELO

Anestesista: Dr. JULIO MAIA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 3º QDD

Tipo de operação: REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSÍNTESE DE 3º QDD +
TENORRAFIA DE EXTENSOR SUPERFICIAL DO 3º QDD

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Garroteamento por esvaziamento do MSD;
- 5) Retirada de pontos + Incisão sobre ferida prévia horizontal em base do 3º QDD e ampliação distal com incisão longitudinal;
- 6) Dissecção por planos até identificação do foco de fratura com consolidação viciosa em base da falange proximal do 3º QDD;
- 7) Osteoclasia com uso de osteótomo e martelo;
- 8) Redução cruenta + fixação com 2 fios de Kirschner 1.0;
- 9) Tenorrafia de laceração em região central do tendão extensor superficial;
- 10) Fechamento com Nylon 4-0;
- 11) Curativo + tala gessada intrínseco plus em face volar.

OBS.: OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Ana Aurea Revoredo Torres
Traumato-Ortopedia
CRM/PE 25656

4487

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS		01033707	706709593009
746056	MASCULINO	45e 3m 12a	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 103-05

Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA EXPOSTA DE FALANGE PROXIMAL DE 3º QUIRODÁCTILO DIREITO + FRATURA FECHADA DE FALANGE PROXIMAL DE 2º QUIRODÁCTILO DIREITO E DE 1º QUIRODÁCTILO DIREITO + FRATURA FECHADA DE FALANGE PROXIMAL DE 1º PODODÁCTILO DIREITO

Tratamento:

16/07/19: LMC + SUTURA + TALA AXILOPALMAR
08/08/19: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE DE 3º QUIRODÁCTILO DIREITO COM 02 FIOS K + TENORRAFIA DE TENDÃO EXTENSOR SUPERFICIAL DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO + IMOBILIZAÇÃO

OBS:

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: 01 CP, VO DE 6/6H POR 07 DIAS. ANALGÉSICO. REFORÇO DO TÉTANO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DRA SANDRA PAIVA EM 1 SEMANA; 3) MANTER TALA GESSADA INTRÍNSECO PLUS EM FACE VOLAR DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO; 4) CURATIVO DIÁRIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGÊNCIA. *Retorna ao ambulatório do trauma em 2 semanas*

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOMAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
16/07/2019	13/08/2019

[Assinatura]
CRM: 27559

Recife, 13 DE AGOSTO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TÁBUAS DE IDENTIFICAÇÃO

EC-12




NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.864.453 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/08/2019

NOME << IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO << SEVERINO GUILHERMINO DOS SANTOS >>
<< SEVERINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE GLÓRIA DO GOIÁ - PE DATA DE NASCIMENTO 02/03/1974

DIGITADO << 07 4468 01 55 1983 1 00008 462 >>

0009333 01 GLÓRIA DO GOIÁ - PE >>

CNPJ 032.214.414-01

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/08/83

1615019272009190463 8919914

8-87 30.787 - 3023



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

032.214.414-01

Nome

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

Nascimento

02/03/1974

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: João Carlos Guimarães dos
 Loc. Nasc: Recife, PE
 Data: 02.03.74
 Filiação: João e Sônia Guimarães dos
 Doc. nº: RG 9333 - 462 - 4-8
 ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: 17.12.95
 Doc. Ident. nº: 52 no 195
 Exp. em: 17.12.95
 Obs: 52 no 195
 Assinatura do Funcionário: Blairius
 Data: 17.02.96

MINISTÉRIO DO TRABALHO
 SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número: 63658
 Série: 00048

ASSINATURA DO PORTADOR

TRABALHADOR
 DRT-PE
 52 AS






SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE GLÓRIA DO GOITÁ

NOME: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

CPF: 032.214.414-01

RG: 5.864.453

NASCIMENTO: 02/03/1974



CÓDIGO: 9122

PROFIS.: AGRICULTOR

EST. CIVIL: SOLTEIRO

RESID.: SÍTIO GUILHERME

EM, 30 DE SETEMBRO DE 2019

PRESIDENTE: _____

STR - DE GLÓRIA DO GOITÁ

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
19									PA			
20												
21												
22												

ESPOSO(A): MARIA JOSÉ PORFÍRIO DA SILVA

FILHOS: BRUNO - 11/02/04, BRUNA - 07/05/05 E BRENO - 05/05/09.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE JUSTIÇA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E LAZER - IIDL

CAC-01




Ivonildo Ferreira de Barros Junior

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.493.761 DATA DE EMISSÃO 23/08/2011

NOME << IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR >>

FILIAÇÃO << IVONILDO FERREIRA DE BARROS >>
<< MYRTE MARIA WANDERLEY DE BARROS >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 20/03/1975

DECLARAÇÃO << CN-74847 L.A-81 F.186 V.CART.SEDE-VITÓRIA DE STºANTÃO-PE.19.12.1985 >>

794.699.224-68

ASSINATURA DO DIRETOR

143197-118-08-200583

F-45 29.958 - 4433

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE Nº 014803735464
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1032210622 COD. RENAVAM 1032210622 R.U.T.C. 2019 EXERCÍCIO 2019

FERNANDA TEREZA DOS SANTOS

GLORIA GOITA-PE

710.061.994-70

PLACA PCA8690

PLACA RPT/PE 9C2EKD0540ER036423

RAZ / MOTOCICLHETA

ALCO/GA304

HONDA/NXR150 BROS E3D

2014 2014

2E/149CL

CATEGORIA PARTIC

COB.FREDOQUINANTE PRETA

IRVA 2019 QUITADO

1º 2º 3º

PREMIO TRAFICANTE (R\$)

0.31 84.58

DATA DE PAGAMENTO 27/02/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

GLORIA

Roberto Fialles

03/05/19

REDACTO CARLOS ROCHA RIBEIRO

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO, SEGURO DPVAT

PE Nº 014803735464 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FERNANDA TEREZA DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

GLORIA GOITA-PE

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 03/05/19

VIA 1 710.061.994-70

PLACA PCA8690

RENAVAM 1032210622

HONDA/NXR150 BROS E3D

ANO FAB. 2014

9C2EKD0540ER036423

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 36.05

4.21

40.96

CUSTO DO BILHETE (R\$)

0.32

84.58

SEM RESERVA

PAGAMENTO PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 27/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.408/0001-04

GESTÃO DO CUBRER O BILHETE DPVAT
SEU NAO E DE FORTE OBRIGATORIO.

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 16/7/19 CPF DA VÍTIMA 032 214 314 01
IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS
 ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETO
 Nº 13 COMPLEMENTO _____ BAIRRO LIVRAMENTO
 CIDADE VITORIA UF PE CEP 55602-360
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 98877-6145

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () 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
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 CONFIRMEM 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)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

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 SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFIRMEM 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)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____

 IDENTIDADE 4493761

 ASSINATURA Ivanildo Ferreira

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

ou Barros Junior

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TÍTULOS DE RIL

E-09R38



João Severino dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

C/C

NASCIMENTO 12.08.62

INSCRIÇÃO NO CPF 305.543.494-34

CONTRIBUINTE

JOÃO SEVERINO DOS SANTOS

João Severino dos Santos
DELEGADO DA RECEITA FEDERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.273.142 DATA DE EXPEDIÇÃO 30.04.2000

NOME

JOÃO SEVERINO DOS SANTOS

FILIAÇÃO

Severino Manoel dos Santos
Severina Gonçalves de Lima

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Glória do Goitá-PE 12.08.1962

DOC ORIGEM C.N.3348 L.A-2 F.268v Cart.de

Glória do Goitá-PE

CPF

João Severino dos Santos
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/08/83

(A ROGO)

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

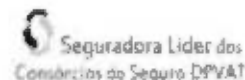
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

João Severino dos Santos

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423648/19

Vítima: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

CPF: 032.214.414-01

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/07/2019

Título do CPF: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS : 032.214.414-01

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: 29/11/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Josyelli de Oliveira Cabral

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.273.142 DATA DE EMISSÃO 30.04.2000

NOME JOÃO SEVERINO DOS SANTOS

FILIAÇÃO Severino Manoel dos Santos
Severina Gonçalves de Lima

NATURALIDADE Glória do Góltá-PE DATA DE NASCIMENTO 12.08.1962

DO ORIGEM C.N. 3345 L.A-2 F. 268v Cart. de Glória do Góltá-PE


CPT

ASSINATURA DO DIRETOR
LEIN 7.116 DE 25/08/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E ARMS BIRRI

L-05R38



João Severino dos Santos
ASSINATURA DE TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

CIC

NASCIMENTO 12.08.62

INSCRIÇÃO NO CN 105 543 494 34

CONTRIBuinte

JOÃO SEVERINO DOS SANTOS

ASSINATURA DO SECRETÁRIO FEDERAL



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-912
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-92 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOÃO SEVERINO DOS SANTOS
PROXIMO AO COLÉGIO

CPF 305 543 494-34 NIS 12082720472

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S/A LIDE GRANDE SN

ZONA RURAL GLÓRIA DO GOITÁ/GLÓRIA
GLÓRIA DO GOITÁ/PE
55620-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTINUA	MÊS/ANO
2386270018	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
26/11/2019	20/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
33,65	

Nº DA NOTA FISCAL	SIGLA	EMISSÃO
055443012	UNICA	19/11/2019
DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/11/2019	2001302692	1218360

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,19327691	5,79
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,33133185	23,19
Consumo Ativo superior a 100 até 250 kWh	2,000000	0,49559775	0,99
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,13
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,36
Contrib. Ium. Pública Municipal			3,82
Compensação DIC Trimestral (R\$1)			-1,86

TOTAL DA FATURA

33,65

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANT. LITURA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
MA27015	CAT	19-10-2019	18.897,00	19-11-2019	18.992,00	32	+30000	102,00

PERÍODO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIMESTRES	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
NOV-19 102		Gerção de Energia R\$ 15,24 48,01%
OUT-19 92		Transmissão R\$ 1,24 4,00%
SET-19 83	ICMS 31,89 0,92 9,28	Distribuição (Celpe) R\$ 9,33 28,64%
AGO-19 86	PIS 31,89 4,25 1,34	Perdas de Energia R\$ 2,94 9,26%
JUL-19 115	COFINS	Encargos Setoriais R\$ 0,91 2,87%
JUN-19 104		Tributos R\$ 1,80 5,14%
MAY-19 140		Total R\$ 31,89 98,0%
ABR-19 144		
MAR-19 183		
FEV-19 138		
JAN-19 144		
DEZ-19 125		
NOV-19 153		

TARIFAS APLICÁVEIS
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,33133185
Consumo Ativo superior a 100 até 250 kWh: 0,49559775

1 - RECEBIMENTO FISCAL
DIFJ CBSP 01 88 21E3 75ED 384C 376F CD63

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Respeite as regras de uso do sistema de medição e de consumo de energia elétrica. O cliente é responsável por manter o medidor em bom estado e em conformidade com as normas técnicas. O cliente é responsável por manter o medidor em bom estado e em conformidade com as normas técnicas. O cliente é responsável por manter o medidor em bom estado e em conformidade com as normas técnicas.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

DE ATÉ 10 DIAS ANTES DE EXISTIR EM SITUAÇÃO CORTE

Vencido	Diferença	Vencido	Diferença	Vencido
35/01/19	18/11/19	19/11/19	18/11/19	18/11/19
	24,17	34,001		10,35

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site da CELPE, no link "produtos e serviços". O cliente é responsável por manter o medidor em bom estado e em conformidade com as normas técnicas.

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débito. O cliente é responsável por manter o medidor em bom estado e em conformidade com as normas técnicas. O cliente é responsável por manter o medidor em bom estado e em conformidade com as normas técnicas.

GLORIFICADO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
DIC	8,71	11,51	11,51	44,07	
FEV	2,01	7,57	7,57	30,89	
DEZ	4,08	2,4	2,4	9,00	

Limite DIC: 18,30 | Limite FEV: 14,00 | Limite DEZ: 14,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)

220

200

231

CONTA CONTINUA MÊS/ANO 11/2019 DATA DE VENCIMENTO 26/11/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 33,65

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SERIAL **6649139** DATA DE EXPEDIÇÃO **29.04.2000**

FRANCISCO DE ASSIS MARQUES MONTEIRO

Valdomar Francisco Monteiro
Tereza Marques Monteiro

GLORIA DO GOIÁS - PE DATA DE NASCIMENTO **13.05.1981**

CN. 6698.Liv. A 5.Fls. 207

Cart. de GLORIA DO GOIÁS - PE

Assessoria de Registro e Identificação

LEI N. 7.116 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO E09R32

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

Francisco de Assis Marques Monteiro

ASSISTÊNCIA SOCIAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número **050.947.994-44**

Nome **FRANCISCO DE ASSIS MARQUES MONTEIRO**

Nascimento **13/05/1981**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-602
CNPJ 10.835.932/0001-68 | Insc. Est. 0605943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA MIGUEL DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI CANAVEIRAS 20 A

CPF 795 465 794-91

SITIO CANAVEIRAS/VITORIA DE SANTO
VITORIA DE SANTO ANTAO PE
55600-000

CLASSIFICAÇÃO
B2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4000353588	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
10/12/2019	09/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	35,17

Nº DA NOTA FISCAL	LEITOR	EXERCÍCIO
083540007	UNICA	07/11/2019
DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DE QUALIFICAÇÃO
07/11/2019	2001588790	4057442

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	82,000000	0,44025097	36,10
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,00
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,81
Compensação DIC Mensal 09/19			-1,81
Compensação DIC Trimestral 03/19			-0,83

TOTAL DA FATURA

35,17

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
NQ01792	Cal	07/10/2019	25 516,00	07/11/2019	26 598,00	31	1,0000		82,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano (kWh)
NOV 19 82
OUT 19 85
SET 19 75
AUG 19 87
JUL 19 67
JUN 19 81
MAY 19 79
ABR 19 83
MAR 19 70
FEV 19 84
JAN 19 71
DEZ 19 69
NOV 19 72

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	37,91	0,40
COFINS	37,91	4,25

COMPOSIÇÃO DE CONSUMO

Descrição de Energia	R\$	%
Transmissão	17,66	49,57%
Distribuição (Celpe)	10,88	30,77%
Perdas de Energia	3,30	9,38%
Encargos Setoriais	2,51	6,92%
Tributos	1,95	5,14%
Total	35,91	100%

TARIFAS APLICÁVEIS

CD 100-10 (2019)

TARIFAS APLICÁVEIS

0,01749000

RECEITUÁRIO DO FISCAL

5CE6 FB30 5B10 45BA FAB1 FD25 880F 4C8D

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pequeno porte e baixo perfil de consumo garantem preços baixos de energia elétrica no mercado. O fornecimento de energia elétrica do cliente, nos meses de outono e inverno, está condicionado ao consumo de energia elétrica. Para mais informações, consulte o site da CELPE ou o telefone 0800 00 00 00. O cliente é responsável por manter o sistema de medição em conformidade com as normas técnicas da CELPE. O cliente é responsável por manter o sistema de medição em conformidade com as normas técnicas da CELPE. O cliente é responsável por manter o sistema de medição em conformidade com as normas técnicas da CELPE.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010) e as condições de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site da CELPE.

LIMITAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DAS INTERUPÇÕES

GL (Código)	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DNE	18,47	11,01	33,03	44,07
PRE	4,00	7,67	15,34	30,68
DNEH	6,74	5,88	0,00	0,00

Limite DNEH: 18,00 R\$ 10,00 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 18,00

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

CONTA CONTRATO 4000353588 MÊS/ANO 11/2019 DATA DE VENCIMENTO 10/12/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 35,17

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO FEDERAL 7.594.949

DATA DE EXPIRAÇÃO 20/05/2013

NOME << MARIA SOLANGE DA SILVA MONTEIRO >>

INSCRIÇÃO << SEVERINO CANDIDO DA SILVA >>
<< MARIA MIGUEL DOS SANTOS >>

NATURA RESIDENTE

GLÓRIA DO GOITÁ - PE 10/08/1986

DOC ORDEM << 074468 01 55 2011 2 00002 275

0001266 11 GLÓRIA DO GOITÁ-PE >>

CPF 015.987.824-10

ASSINATURA DO titular

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

43.160
V.M.M.G.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TATIANA H. DE

EC-6

CARTEIRA DE IDENTIDADE

maria solange da silva monteiro

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 015.987.824-10

Nome MARIA SOLANGE DA SILVA MONTEIRO

Nascimento 10/08/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Insc. Est. 0005943-50 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA MIGUEL DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI CANAVIEIRAS 20 A

CPF 795 465 794-91

SITIO CANAVIEIRAS/VITÓRIA DE SANTO
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PE
55800-000

CLASSIFICAÇÃO
B2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4000353588	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
10/12/2019	09/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	35,17

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
093540007	UNICA	07/11/2019
DATA DE EMISSÃO	Nº DE CONTABILIZAÇÃO	Nº DE REGISTRAÇÃO
07/11/2019	2001559780	4057442

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	82,0000000	0,44025097	36,10
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,00
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,81
Compensação DIC Mensal 09/19			-1,81
Compensação DIC Trimestral 03/19			-0,83

TOTAL DA FATURA

35,17

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
N301702	Ca2	07/10/2019	26 016,00	07/11/2019	26 098,00	31	1,00000		82,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh
NOV 19 83
OUT 19 88
SET 19 75
AGO 19 87
Jul 19 67
JUN 19 81
Mai 19 79
ABR 19 83
MAR 19 70
FEV 19 84
JAN 19 71
DEZ 19 68
NOV 19 72

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	37,81	0,80
PIS	37,81	0,24
COPINS	37,81	1,61

COMPOSIÇÃO DE COMPOSIÇÃO

Descrição de Energia	R\$	%
Transmissão	17,55	49,57%
Distribuição (Celpe)	1,70	4,84%
Perdas de Energia	10,60	29,77%
Encargos Setoriais	3,28	9,36%
Tributos	2,51	6,92%
Total	35,64	100%

07/11/2019

TARIFAS APLICÁVEIS

0,41710007

RECEBIMOS DO PAGTO

5CE5 FB30 5810 45BA FABI FC25 08DF 4C6D

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Requer no ponto de venda a troca de medidor, conforme previsto no Anexo 1 do Regulamento de Serviço de Energia Elétrica, para a troca de medidor, o cliente deve apresentar o comprovante de pagamento da conta de energia elétrica, bem como o comprovante de residência. O cliente deve apresentar o comprovante de residência, bem como o comprovante de pagamento da conta de energia elétrica, para a troca de medidor. O cliente deve apresentar o comprovante de residência, bem como o comprovante de pagamento da conta de energia elétrica, para a troca de medidor.

Atenção: para a troca de medidor, o cliente deve apresentar o comprovante de residência, bem como o comprovante de pagamento da conta de energia elétrica, para a troca de medidor. O cliente deve apresentar o comprovante de residência, bem como o comprovante de pagamento da conta de energia elétrica, para a troca de medidor.

TENSÃO E FLUXO DE ENERGIA EM TRANSFORMADORES

GLORIFICADO	VALOR APROXIMADO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE SEMESTRAL
DRE	18,47	11,01	32,33	44,07
PRE	4,00	7,57	15,34	30,68
DAHE	5,74	5,98	0,00	0,00

Limite DRE: 18,00 R\$100 - Valor do Fio de Ligação de Lote do Sistema de Distribuição: R\$ 18,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

Atenção: para a troca de medidor, o cliente deve apresentar o comprovante de residência, bem como o comprovante de pagamento da conta de energia elétrica, para a troca de medidor. O cliente deve apresentar o comprovante de residência, bem como o comprovante de pagamento da conta de energia elétrica, para a troca de medidor.

CONTA CONTRATO 4000353588 MÊS/ANO 11/2019 DATA DE VENCIMENTO 10/12/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 35,17

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666923 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/07/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º, 3º E 4º QUIRODÁCTILOS DIREITOS.
FRATURA DO 1º PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE E TENORRAFIA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO.
P1 / P9 / P10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 3º QUIRODÁCTILO 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 MODERADO DE 3º QUIRODÁCTILO
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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666923 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/07/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º, 3º E 4º QUIRODÁCTILOS DIREITOS.
FRATURA DO 1º PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE E TENORRAFIA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO.
P1 / P9 / P10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 3º QUIRODÁCTILO 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 MODERADO DE 3º QUIRODÁCTILO
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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS, Brasileiro (a), portador (a) do RG nº 5864453, Órgão Emissor: SIDS, Inscrito(a) no CPF sob nº 03212141414-01, estado civil, SOLTEIRO, Analfabeto, Residente na Rua SÍTIO GUILHERME, nº 01, Bairro GUILHERME, Município de GLÓRIA -PE. Vítima de acidente de Trânsito no dia 16/7/19.

OUTORGADO: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR Brasileiro (A), Portador do RG: 4.493.761, Órgão Emissor: SSP/PE, inscrito no CPF sob o nº 794.699.224-68, Residente na Rua: Pc Padre Felix Barreto, nº 13, Livramento, CEP: 55602-360 Vitória de Santo Antão - PE

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o (a) OUTORGANTE acima qualificado(a) nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO a cima qualificado, na presença de duas testemunhas qualificadas a baixo, para Representa-lo Perante as SEGURADORAS que Constitui o COSORCIO DO SEGURO DPVAT, Podendo para este fins prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher e assinar Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, podendo Solicitar perícia médica, em fim tudo o mais necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

1º TESTEMUNHA: Maria Selange da Silva Monteiro Brasileiro(a), portador do RG de nº 7.594.949, Órgão Emissor: SDS/PE, inscrito no CPF de nº 015/987/824-40, Residente na Rua Sítio Cachoeira, nº 01, Bairro Cachoeira, município de glória /PE.

2º TESTEMUNHA: Francisco de Assis Marques montes Brasileiro(a), portador do RG de nº 6649139, Órgão Emissor: SDS/PE, inscrito no CPF de nº 0519471994-44, Residente na Rua Sítio Cachoeira, nº 01, Bairro Cachoeira, município de glória /PE.

A RÔGO: João Severino dos Santos, Brasileiro(a), portador do RG de nº 2273142, Inscrito no CPF de nº 30515431494-34, Residente na Rua 4, Sítio estele grande, Bairro glória do goita, Município de glória /PE. Que assina o Rôgo da vítima OUTORGANTE.



João Severino dos Santos

- A ROGO -



- OUTORGANTE -



Maria Solange da Silva Monteiro
1ª TESTEMUNHA



Francisco de Assis Marques Monteiro
2ª TESTEMUNHA

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

Reconheço a(s) firma(s) de FRANCISCO DE ASSIS MARQUES MONTEIRO por AUTENTICIDADE. Emolumentos R\$ 3,99; TERN R\$0,80. Glória do Goitá/PE, 12/11/2019. Em testemunho da Verdade. Dou Fé. KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA - TABELIÃ.

Selo: 0159533.PRM11201901.00029 12/11/2019 08:05:47
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

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

Reconheço a(s) firma(s) de JOAO SEVERINO DOS SANTOS por AUTENTICIDADE. Emolumentos R\$ 3,99; TERN R\$0,80; Glória do Goitá/PE, 12/11/2019. Em testemunho da Verdade. Dou Fé. KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA - TABELIÃ.

Selo: 0159533.PRM11201901.00031 12/11/2019 08:06:24
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

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

Reconheço a(s) firma(s) de MARIA SOLANGE DA SILVA MONTEIRO por AUTENTICIDADE. Emolumentos R\$ 3,99; TERN R\$0,80. Glória do Goitá/PE, 12/11/2019. Em testemunho da Verdade. Dou Fé. KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA - TABELIÃ.

Selo: 0159533.PRM11201901.00030 12/11/2019 08:06:08
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423648/19

Vítima: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

CPF: 032.214.414-01

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 16/07/2019

Titular do CPF: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS : 032.214.414-01

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: 29/11/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Josyelli de Oliveira Cabral

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423648/19

Número do Sinistro: 3190666923

Vítima: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

CPF: 032.214.414-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/07/2019

Titular do CPF: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS : 032.214.414-01

Autorização de pagamento

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: 10/12/2019

Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

CPF: 794.699.224-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019

Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

CPF: 077.643.254-06

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges