

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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 GUILHERMICO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 445/2012

5 - Nome completo:

IVANILDO GUILHERMICO DOS SANTOS

6 - CPF:

032 214 41401

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SI GUILHERME

9 - Número:

850

11 - Bairro:

SI GUILHERME

12 - Cidade:

VITÓRIA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55600-000

15 - E-mail:

(81) 3887-6145

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:

RECUZO 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 (337)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3217

CONTA: 336300

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 atende 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 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 (velho):

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

34

JOAO 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)

40 - Local e Data,

X JOAO S. S. (Assinatura da vítima)

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 Hora: 13:22
Term: 062680 N.Trans: 3764

Valor: 10,00
Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 3217 / VITORIA DE STO. ANTONIO
Conta: 0033630-6

Titular I: IVANILDO G DOS SANTOS

Subjeto 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 sábados,
domingos e feriados, o deposito sera
conferido no primeiro dia útil subsequente.

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

Alo Bradesco
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
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 GUILHERMIO 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 GUILHERMIO DOS SANTOS

6 - CPF:

032 214 414 01

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

S/ 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):

(81) 3887-6145

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3217

4

CONTA:

33630

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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 CNI) 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 (menor)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

Não

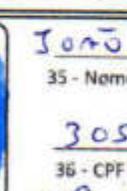
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além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

 IONILDO 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)

 Ivanieldo Severino dos Santos

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

38 - 1º | Nome: maria solange da silva monteiro
CPF: 045.987.824-30

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Franciele de Assis Menezes monteiro
CPF: 050.947.994-44

Assinatura da testemunha



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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **16/7/2019** às **13:00**

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

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LENILSON (AUTOR / AGENTE)

FERNANDA TEREZA DOS SANTOS (OUTRO)

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: **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: **MUNICÍPIO 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: **MUNICÍPIO 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\Nor
mal.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/linv/infopol/xml/BOEPreview.html

18/10/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 064ª CIRCUNSCRICAO - GLORIA DO GOITA - DP64ª CIRC
DINTER1/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N°. 19E0154001107

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado) que aconteceu no dia 16/7/2019 às 19:00

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

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LENILSON (AUTOR/AGENTE)

IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

VEÍCULO: (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 Pai: BEVERINO GUILHERMINO DOS SANTOS Data de Nascimento: 23/10/74

Naturalidade: GLORIA DO GOITA / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 38844692005PE (RG), 03221441401 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: ANALFABETO

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, SITIO GUILHERME - CEP: 5 - Bairro: ZONA RURAL - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL

LENILSON (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

MOTOCICLETA 01 (VEÍCULO) 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 160 Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UMIDADE)

Placa: PCA3690 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 103221032 Chassi: 9C2KD0640ER086423

Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCO/ÁGUAOL

Descrição: MODELO NXR150 BROS ESD

ESTADO



COBERTURA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
PRESIDENTE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍDIA CÍVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA FEDERAL - RECIFE
DIRETÓRIO

BOLETIM DE CORREÇÃO N.º 0001203

Características da comunicação social e da mídia
que passou a ser realizada em 28/10/2012, devido
a uma ação de censura realizada pelo Círculo Cívico de Pernambuco, que
impôs restrições ao direito à informação e à liberdade de expressão.

ANOTE-SE: ARISTONIO OTÁVIO DE ALMEIDA, PRESIDENTE DO CÍRCULO CÍVICO DE PERNAMBUCO, NUNCA DEIXOU DE MENCIONAR

ATENÇÃO
N.º 0001203
0001203-0001203

que a ação de censura realizada pelo Círculo Cívico de Pernambuco, que
impôs restrições ao direito à informação e à liberdade de expressão.

que a ação de censura realizada pelo Círculo Cívico de Pernambuco, que
impôs restrições ao direito à informação e à liberdade de expressão.

BOLETIM DE CORREÇÃO N.º 0001203

que a ação de censura realizada pelo Círculo Cívico de Pernambuco, que
impôs restrições ao direito à informação e à liberdade de expressão.

que a ação de censura realizada pelo Círculo Cívico de Pernambuco, que
impôs restrições ao direito à informação e à liberdade de expressão.

BOLETIM DE CORREÇÃO N.º 0001203

que a ação de censura realizada pelo Círculo Cívico de Pernambuco, que
impôs restrições ao direito à informação e à liberdade de expressão.

Boletim de Ocorrência

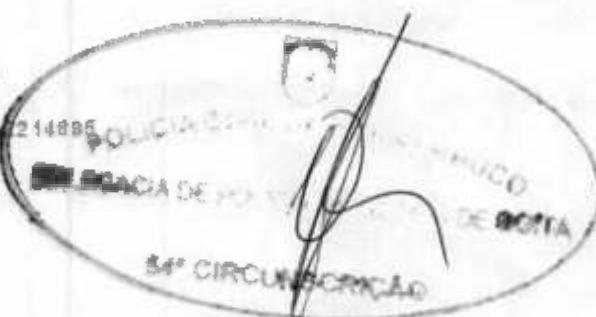
Página 2 de 2

MOTOCICLETA 02 (VEÍCULO) 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: NãoCor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)****Complemento / Observação**

A VITIMA INFORMA QUE VINHA NA ESTRADA VICINAL QUE CRUZA O Bairro CANAVIEIRA, NO SENTIDO DISTRITO DE OUTEIRO, PILOTANDO SUA MOTOCICLETA HONDA NXR 160 Bros PLACA PCA 3690, QUANDO DEU DE FRETE 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 GLÓRIA DO GOITÁ. 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: **0001 ALVES DA ROCHA JÚNIOR** - Matrícula: **0214895**

В. О. СОВАРИЧЕВ. ОБОРОНЯЕЩИЕ МОСКУЮ ГИМИКИ — ПОДИУМЫ САМЫХ

ОБРАЗЫ
СВОИ
САМЫХ ОБОРОНЯЮЩИХ



Лицо всплыло из-под воды (2 из 2)

Очень много времени ушло на то, чтобы разобрать
одежды, а также о новом для меня виде оружия, которое я видел впервые
и которое было изобретено в Китае. Китайцы, которые я видел, были в основном
самоучками, которые не имели никакого образования, но имели очень
хорошую физическую форму и были способны к быстрому обучению. Они
были способны к быстрому обучению, потому что имели хорошие
физические способности и были способны к быстрому обучению. Они
были способны к быстрому обучению, потому что имели хорошие
физические способности и были способны к быстрому обучению.

Современные методы обучения

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 GUILHERMICO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 445/2012

5 - Nome completo:

IVANILDO GUILHERMICO DOS SANTOS

6 - CPF:

032 214 41401

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SI GUILHERME

9 - Número:

850

11 - Bairro:

SI GUILHERME

12 - Cidade:

VITÓRIA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55600-000

15 - E-mail:

(81) 3887-6145

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:

RECUZO 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 (337)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3217

CONTA: 336300

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 atende 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 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

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

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

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

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

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

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

40 - Local e Data,

João Severino dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

João Severino dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome: *Maria Selange da Silveira Monteiro*

CPF: *015.987.834-50*

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: *Franclisa de Souza Magalhães Monteiro*

CPF: *050.947.934-44*

Assinatura da testemunha



Secretaria Municipal de Saúde

54

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data:	Hora da Chegada:	Hora da Saída:
16/07/19	13:48h	
Nome: Tomildo Guilhermino da Sántan		Registro Nº 316.570
Data de Nascimento: 02/03/34 Idade: 45 a Cor: P Sexo: M Estado civil: C		
Nome da Mãe: Severina Josefa da Conceição		
Endereço: St Guilherme Nº ? Bairro: Zona Rural		
Naturalidade: Glória do Goitá - PE Responsável: o mesmo		
Fone: ()		
H.D.A. Colisão moto-moto com freamento de 3 a 30 S.D. Sintomas: D. Atendimento no hospital D. G = 15		

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: X mmHg; HGT: mg/dL Temperatura: °C

P脉: bpm Peso: kg. Spo₂: %

Diagnóstico:

PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
AVULVA	
ORTOPEDIA - Rjmo ST: 5728694	
Voltaren 75 mg. Tomou em Rito 14:22	


 Clínica Braz
 Médica
 CRM 11.626
 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

BRADESCO2712201905000000000237032170000003363067500 PAGO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50005-902
CNPJ 10.835.932/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, de 28/04/2002
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvintes: 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
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA JOSEFA DA CONCEICAO

CPF: 057.042.674-37

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

S1 GUILHERME 860

SITIO GUILHERME/VITORIA DE SANTO ANTAO RURAL
55800-000 VITORIA DE SANTO ANTAO PE

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

DATA DE VENCIMENTO

13/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

172,24

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

07/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

07/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

078655636

CONTA CONTRATO

002211605017

Nº DO CLIENTE
2001159567Nº DA INSTALAÇÃO
0004057225

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

99E3.D976.8287.841F.B344.8A50.34BA.4C8D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	86,00	0,61813046	52,37
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,39
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 069523459-05/07/19			0,63
ICMS Subvenção-CDE-NF 072058749-05/08/19			0,42
Parcela 9/10 Plano 403001843303			110,09
Multa por atraso-NF 075942654 - 15/02/19			2,26
Multa por atraso-NF 075942654 - 04/09/19			1,24
Juros por atraso-NF 075942654 - 15/02/19			1,90
Compensação DMIC 08/19			0,34
TOTAL DA FATURA			172,24

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOR
58,70	25,00	14,17	56,70	1,29	0,73	56,70	9,95	3,37

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,6178003

HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWh
OUT	19	85
SET	19	96
AGO	19	77
JUL	19	119
JUN	19	111
MAR	19	124
ABR	19	112
MAR	19	129
FEV	19	132
JAN	19	130
DEZ	18	148
NOV	18	135
OUT	18	117

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %

Despesa de Energia 17,94 21,84

Transmissão 1,97 3,47

Distribuição (Cdes) 51,93 21,09

Emergências Sistólicas 2,81 4,94

Tributos 18,27 22,22

Perda de Energia 1,70 3,63

TOTAL 81,70 100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
ago/2019					
DIC-No de horas sem Energia	VITORIA DE SANTO	7,91	11,18	22,32	44,85
FIC-No de vezes sem Energia	ANTAO	9,99	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de		7,91	6,08	0,90	0,00
Interrupção contínua					
DMCR-Duração de					
Interrupção em dia crítico					
Linha DICR: 16,80					
EUZO-Valor da Encargos de Uso = R\$ 19,27					
Nota: Considerar pode solicitar e aprovar das autoridades DIC, FIC, DMIC e DMCR o qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DBAB	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA				
MV40453	CAT	04/09/2019	17.784,00	07/10/2019	17.869,00	33	1.00000 0,00 86,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/11/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios goleira: praça barro de rio branco centro / sequinha construtora: rua joão sotero de farias no 333 -

No dia da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de fornecimento de energia.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. Mês

Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 18,54.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50005-902
CNPJ 10.835.932/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, de 28/04/2002
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvintes: 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
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA JOSEFA DA CONCEICAO

CPF: 057.042.674-37

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

S1 GUILHERME 860

SITIO GUILHERME/VITORIA DE SANTO ANTAO RURAL
55800-000 VITORIA DE SANTO ANTAO PE

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

DATA DE VENCIMENTO

13/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

172,24

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

07/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

07/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

078655636

CONTA CONTRATO

002211605017

Nº DO CLIENTE
2001159567Nº DA INSTALAÇÃO
0004057225

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

99E3.D976.8287.841F.B344.8A50.34BA.4C8D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	86,00	0,61813046	52,37
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,39
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 069523459-05/07/19			0,63
ICMS Subvenção-CDE-NF 072058749-05/08/19			0,42
Parcela 9/10 Plano 403901843303			110,09
Multa por atraso-NF 075942654 - 15/02/19			2,26
Multa por atraso-NF 075942654 - 04/09/19			1,24
Juros por atraso-NF 075942654 - 15/02/19			1,90
Compensação DMIC 08/19			0,34
TOTAL DA FATURA			172,24

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOR
58,70	25,00	14,17	56,70	1,29	0,73	56,70	9,95	3,37

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,6178003

HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWh
OUT	19	85
SET	19	96
AGO	19	77
JUL	19	119
JUN	19	111
MAR	19	124
ABR	19	112
MAR	19	129
FEV	19	132
JAN	19	130
DEZ	18	148
NOV	18	135
OUT	18	117

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %

Despesa de Energia 17,94 21,84

Transmissão 1,97 3,47

Distribuição (Cdes) 51,93 21,09

Emergências Sistólicas 2,81 4,94

Tributos 18,27 22,22

Perda de Energia 1,70 3,63

TOTAL 81,70 100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL			
ago/2019								
DIC-No de horas sem Energia	VITORIA DE SANTO ANTAO	7,91	11,18	22,32	44,85			
FIC-No de vezes sem Energia		9,99	7,59	15,19	30,39			
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		7,91	6,08	0,90	0,00			
DI/CR-Duração de Interrupção em dia crítico			Linha DICR: 16,80					
EUZO-Valor da Encargos de Uso = R\$ 19,27								
Nota: Considerar pode solicitar e aprovar das autoridades DIC, FIC, DMIC e DI/CR o qualquer tempo.								

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DBAB	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MV40453	CAT	04/09/2019	17.784,00	07/10/2019	17.869,00	33	1.00000	0,00	85,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/11/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios goleira: praça barro de rio branco centro / sequinha construtora: rua joão sotero de farias no 333 -

No dia da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de fornecimento de energia.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. Mês

Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 18,54.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu IVONILDO FERREIRA DE B.JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.699.224-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário IVONILDO GUILHERMINO DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.214.414-01, do sinistro de DPVAT cobertura IVONILDO DE LIMA da Vítima IVONILDO 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 ANTÃO	Estado PE	CEP 55602-360
Email: _____	Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) B1 98877-6145	

vitoria _____ de _____
Local e Data

IVONILDO FERREIRA DE B.JUNIOR
Assinatura do Declarante



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
Gir. 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: SITIO GUILHERME

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55620000

Fone: 82439225

Cidade: GLÓRIA DO GOITA

Profissão:

Nome da Mãe: SEVERINA JOSE DA CONCEICAO

Acompanhante: MARIA JOSE PORFIRIO DA SILVA

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

Acidente de Trabalho: Sim Não

ATENDIMENTO DATA: 16/07/2019

HORA: 18:10

h

Médico:

Múcio Leônio Lima Filho
Traumato-Ortopedista
TEOT 16870
CRM 17279 PE

Sintoma Principal / HDA:

Perdeu a consciência devido a choque entre a moto e o carro. Foi socorrido a casa de sua sogra.

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"/>
Colisão:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Passageiro:	<input type="checkbox"/>
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:		Sofreu Queda:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Vítima de Ferimento:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Altura:	mm
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:		Transporte Realizado por:	
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Por que:	

Observações:

Nas (-)
DN (-) - maja alojada

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea está pélvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: °C

Laringe: normal D (depois de bala)

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm:

s/lat (maja a PDI aula de pa lat.)

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocôricas Anisocôricas

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: + Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: 5 Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Escore: 6 Hora:



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

1) Fratura exp. na mao D (F) e 2/2 - 200
2) m/200 + Fratura - F e f/pas

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

1) esgotar 1 - PTA + PAs V - 2/2

Resultado de Exames:

2) ERG 200 D: > 100; M: ag
3) IAC 25m

Código Procedimento:

CRM 17279 PE
TEOT 16870
Traumato-Ortopedista
Médico + Carimbo
Médico + Carimbo
Procedimento: 122 R

Tratamento / Procedimentos:

4) [redacted] op's RX

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Aviso

Condição de Alta:

Curado Melhorado
 Inalterado Piorado
 Óbito

Múcio Leopoldo Lima Filho
Traumato-Ortopedista
TEOT 16870
CRM 17279 PE

Informação do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos:

Observações:

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

- Estou ciente das normas existentes 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 nosocomio, 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:	

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

Observação: SENHA 5728812

Fluxograma 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



NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: _____ / _____ / _____

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.

CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

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

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

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM
NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na 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 ausentear-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 Vicente
Nome: ORTOPEDIA Registro nº: _____
Clínica: ST: 5728694 Enfermaria: _____

Encaminhado Sr. Ivanildo Guedes
Moura dos Santos, 45 anos, com
histórico de qualche apontamento meto-
mico. C = 15, braume na mão
e ombro D, plantar D e edeme e dor
e fibro 3º Q.D. deformidade.
Início D e dor no topo. Tritermente
em supercilio D.

Data: 16/07/19

Assinatura
Bartiria Braz
Médica
CRM: 101825

MÉDICO

RECDO

CDEN
2007
2007
2007

DN = 09/03/47

Verónimo Lobo
Calle 123, Tegucigalpa
C.N. 1123-2007-9001
29-10-2007
30-10-2007
28-10-2007
25-10-2007

En la celda 101 + 102

21-10-2007 do 3248344



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
do 3º QDD

COMORBIDADE:

Treatmento cirúrgico

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO)

DATA DA INTERNACÃO: 16/07/19
9415010012

DATA DA ALTA: 13/08/19

DIAS DE INTERNACÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

0408060450 || 0408020342

CID: 5669

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

LEONARDO MARQUES
LEONARDO MARQUES

CÓD. EQUIPE

NOME DO PROFISSIONAL

1 CIRURGÃO

2 1º AUXÍLIO CIRÚRGICO

3 2º AUXÍLIO CIRÚRGICO

4 ANESTESISTA

5 CLÍNICO

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

HEMODIÁLISE

DIÁRIA DE UTI

USO DE FATOES DE COAGULAÇÃO

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

USO DE OXIGÉNIO

USO DE ÓRTSESE E PRÓTESE

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA:

Alta

MOTIVO DA ALTA: CURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA

ÓBTO:

OUTROS

 IMI 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

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

DR. auxiliar: 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) Colocar em procedimento oral sob anestesia local com lidocaína 1%;
- 2) Lavagem e antisepse;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Descidamento do bordo da ferida;
- 5) Estéril e suave com IPE 0,9%;
- 6) Aplicar reação de botão de ferimento com Nylon 3-0;
- 7) Sutura feita;
- 8) Adesivo de fixação/colar;
- 9) Aferir e colocar curativo distal ao fim do procedimento.

OBSTACULOS: FRATURAS COM TRAÇO TRANSVERSO NÃO ABORDADAS
CIRURGICO VIANTE PÉ A EMERGÊNCIA DEVIDO INDISPONIBILIDADE DE MOTOR.
SOLICITO AVULSAÇÃO DO GRUPO DA MÃO.

Ana Alice Rezende Torres
Traumatologista
CRM/PE 25646
JART



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 + antisepsia;
- 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

Ass: Aline Revereiro Tomé
Traumato-Ortopedia
CRM/PE 25656

✓44PT



IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS		01033707	706709593009
746036	MASCULINO	45e Dep 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 + OSTEOSÍNTESÉ DE 3º QUIRODÁCTILO DIREITO COM 02 FIOS K + TENORRÁFIA DE TENDÃO EXTENSOR SUPERFICIAL DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO + IMOBILIZAÇÃO

OBS:

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: D1 CP, VO DE 6/6H POR 12 DIAS. ANALGÉSICO. REFORÇO DO TÉTANO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DRA SANDRA PAIVA EM 1 SEMANA; 3) MANTER TALA GESSADA INTRINSECO PLUS EM FACE VOLAR DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO; 4) CURATIVO DIÁRIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGENCIA.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

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

Recife, 10 DE AGOSTO DE 2019

MAURÍCIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: N°.27559

ATENÇÃO

Todas as informações contidas neste cartão deverão ser legíveis, e de uso exclusivo dos funcionários do Setor de Marcação e ou profissionais autorizados.

HGV
Informacão Consulta

31845786

Av. Gal. San Martin s/n – Cordeiro
Recife – PE - CEP. 50.630-060
Fone: 0XX.81.3184.5600

18.10514.01.2013

CARTÃO DE CONSULTA



**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas**

Geórgio Vargas	1033707
08593009911	1033707
Prestadoria	
VANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS	
03/1974	Sexo: MASCULINO
Rua: JOSÉ DA CONCEIÇÃO	Fone: (81) 8213-8225
Nº 0	
Cidade: GLÓRIA DO GOITÁ	
UF: PE	
0000	Dt. Cadastro: 30/10/2016
48070019	ht: 22:52 Uestrar: JOSENEIDAS
Dt. Impresão: 12/08/2016 11:57	



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	5.864.453	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/08/2019
NOOME	<< IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS >>		
QUALIFICAÇÃO	<< SEVERINO GUILHERMINO DOS SANTOS >>		
	<< SEVERINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO >>		
NATURALIDADE	GLÓRIA DO GOITÁ - PE		
DATA DE NASCIMENTO	02/03/1974		
DOC. ORIGEM	<< 074458 01 55 1983 1 00008 462		
CPF	0009333 01 GLÓRIA DO GOITÁ-PE >>		
032.214.414-01		<i>Assinatura do Carteira</i>	
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83			
1613019272000190463 0919914			
E-87 30 787 - 2023			



**Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



**Número
032.214.414-01**

**Nome
IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS**

**Nascimento
02/03/1974**



SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE GLÓRIA DO GOIÁ

NOME: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

CPF: 032.214.414-01

RG: 5.864.453

NASCIMENTO: 02/03/1974

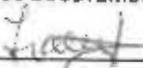
CÓDIGO: 9122

PROFIS.: AGRICULTOR

EST. CIVIL: SOLTEIRO

RESID.: SITIO GUILHERME

EM, 30 DE SETEMBRO DE 2019

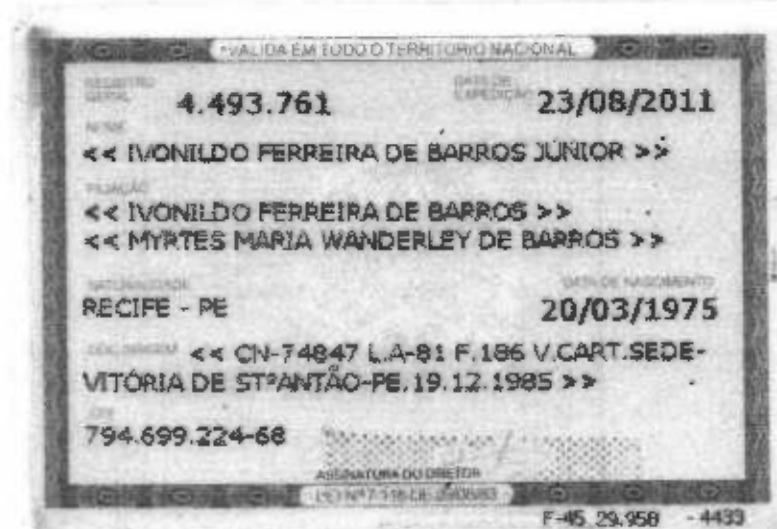
PRESIDENTE: 

STR – DE GLÓRIA DO GOIÁ

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

ESPOSO(A): MARIA JOSÉ PORFIRIO DA SILVA

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



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOSDATA DO ACIDENTE 16/7/19 CPF DA VÍTIMA 032 214 314 01
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIORQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS
ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETONº 13 COMPLEMENTO LIVRAMENTO
CIDADE VITÓRIA BAIRRO PE CEP 55602-360
E-MAIL _____ TELEFONE (81) 98877-6145MARQUE 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, TAISS 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, TAISS 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.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____

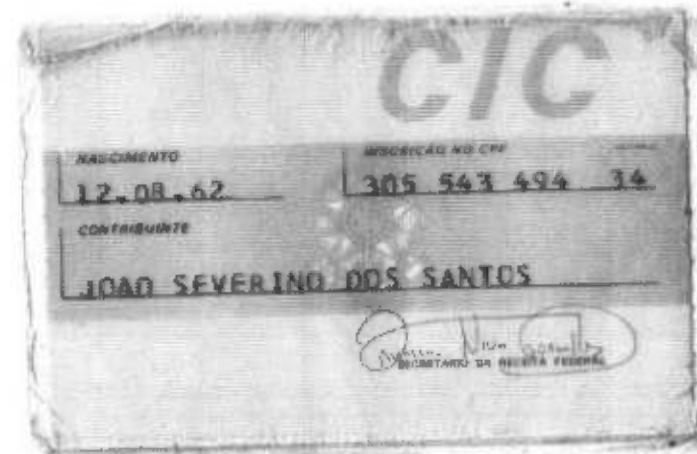
IDENTIDADE 4493761ASSINATURA Ivanildo Ferreira de Barros Junior

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



(A 2060)



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.825.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JOAO SEVERINO DOS SANTOS
PRÓXIMO AO COLEGIO
CPF: 305.543.484-34 NIS: 12042720472

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

31 A UDE GRANDE SN

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

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

DATA DE VENCIMENTO

25/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

24,51

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

18/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

18/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

081802212

CONTA CONTRATO

002388270018

Nº DO CLIENTE

2801302602

Nº DA INSTALAÇÃO

0001218368

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

B2DC.DDAA.3D20.9E3A.04FD.3514.790D.1344

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19759001	5,82
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	62,00	0,33872574	21,88
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,44
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,85
Contrib. Mun. Pública Municipal			1,65
Compreensão DIC Mensal 08/19			8,36
TOTAL DA FATURA			24,51

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTES.

Vencido	Dt. Reav.	Valor
24/08/19	18/10/19	19,35

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá operar o encerramento do contrato, pedindo também autorização conforme os critérios definidos no Art. 88 REN 414/Anel. Pode ser aplicado o cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e Serasa.

Tarifas Aplicadas

HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19759001
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,33872574
OUT 19	82
SET 19	63
AGO 19	98
JUL 19	115
JUN 19	104
MAI 19	140
ABR 19	144
MAR 19	103
FEV 19	130
JAN 19	144
DEZ 18	125
NOV 18	150
OUT 18	146

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	VALOR	%
Gerador de Energia	12,72	46,08
Transmissão	1,48	4,96
Distribuição (Celpe)	8,63	30,24
Encargos Gerais	0,84	2,90
Impostos	2,03	7,32
Percas de Energia	2,68	9,54
TOTAL	26,21	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	META MENSAL	META ANUAL
DIC-Máx de horas sem Energia	GILÉRIA DO GOITA	29,66	11,01	23,03 44,07
FIQ-Nº de vezes sem Energia		3,00	7,57	15,34 30,68
DMIC-Durapic- máxima de interrupção permitida		21,83	5,95	5,00 0,89
DIARI-Durapic de interrupção em dia critico				Límite DIARI: 15,60
EURD-Máx de Encargo de uso = R\$ 13,00				
Toda Consumidor pode solicitar a autorização das interrupções DIC, FIQ, DMIC e DIARI a qualquer tempo.				

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUMAR	ANTERIOR	ATUAL	AN	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
MA07018	CAT	17992419	18.799,00	18/10/2019	18.891,00	34	1.000000 0,00 92,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/11/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag corretor felipe guerra: avenida valente gomes de vilas centro s/n s. bruto - opp: r. julio fernandes chaves 3 centro! lista completa em www.celpe.com.br.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.anel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.

Pago, em atraso para multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês

Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.

Desconto para aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 20,78.

O Cliente é compensado quando há des cumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

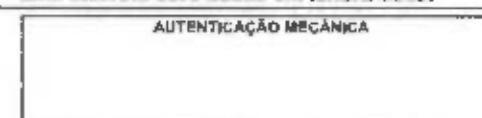
DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002388270018	10/2019	24,51	25/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



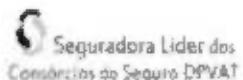
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
MINÍMO	
220	202
MÁXIMO	
231	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423648/19

Vítima: IVONILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

CPF: 032.214.414-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/07/2019

Seguradora: ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S.A.

Titular do CPF: IVONILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

IVONILDO 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

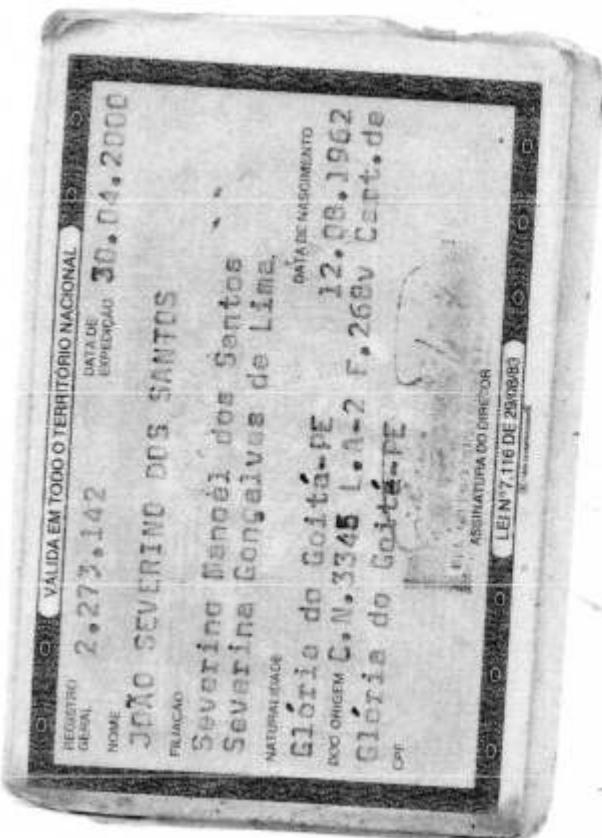
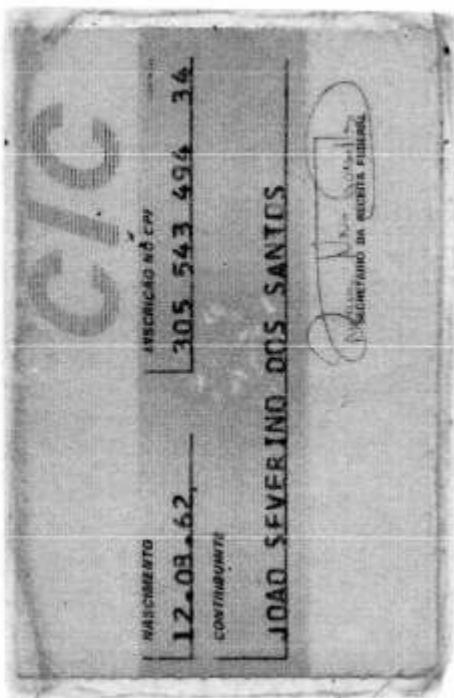
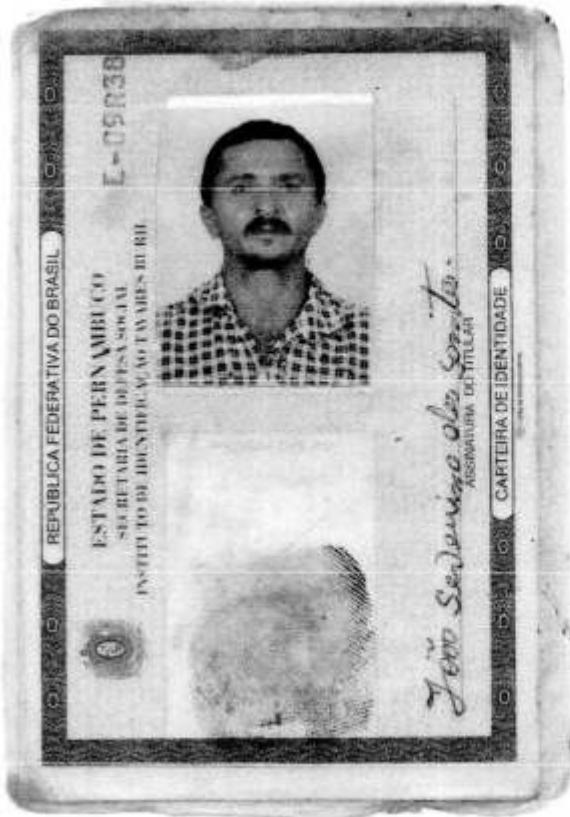
Data da apresentação: 29/11/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

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





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bua Vista, Recife - PE, CEP 50009-002
CNPJ 10.835.032/0001-05 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOAO SEVERINO DOS SANTOS
PROXIMO AO COLEGIO

CPF: 305.543.494-34 NIS: 12082730472

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI A IDE GRANDE SN

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

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	MES/ANO	
285443012	UNICA	18/11/2018	
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTA FISCAL	TOTAL A PAGAR (R\$)
19/11/2018	2001302692	1218368	33,65

NOTA FISCAL	MES/ANO
2386270018	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO/QUITACAO
26/11/2019	20/12/2019
	TOTAL A PAGAR (R\$)
	33,65

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	0,07100000	0,19327891	5,79
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	7,01160000	0,33139185	23,19
Consumo Ativo superior a 100 até 250 kWh	7,11000000	0,44599776	0,99
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,13
Acrescimo Bandeira VERDE/ELHA			1,39
Contrib. Ium. Pública Municipal			3,62
Compensação DIC Trimestral (V1)			-1,66

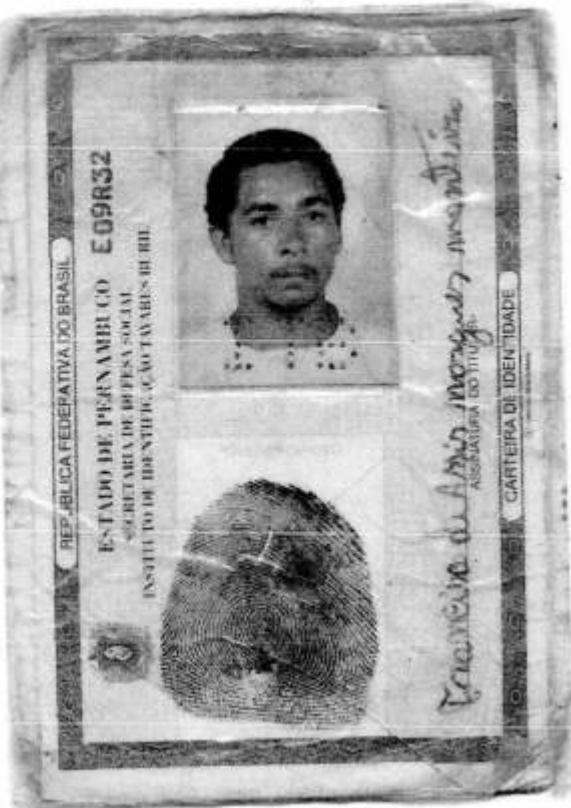
TOTAL DA FATURA

33,65

DETALHAMENTO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANT. MÉDOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
1427015		18/10/2018	18.891,00	19/11/2018	18.992,00	30	1.00000		102,00

DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	150				
DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	150				
DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	150				
DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	150				
DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	150				
DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	150				
DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	150				
DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	150				
DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	150				
DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	150				
DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	150				
DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	150				
DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
NOV18	102	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
OUT18	92		31,93	0,92	30,28
SET18	83	PIS	31,93	4,25	1,34
AGO18	98	COFINS	31,93	1,24	
SET18	115				
NOV18	104				
MAR18	140				
ABR18	144				
MAR19	183				
FEV18	139				
JAN19	144				
DEZ18	126				
NOV18	15				



DADOS DO CLIENTE
MARIA MIGUEL DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
SI CANAVIEIRAS 20 A.

CPF 795 465 724-91

**CLASSIFICAÇÃO
ECONÔMICA
AGROPECUÁRIA RURAL**

Nº DA BOLETA FISCAL:		083540007	DATA DE VENCIMENTO:	10/12/2019
SERIE:		UNICA	DATA DE PAGAMENTO:	09/12/2019
VALOR TOTAL:		40000353588	VALOR PAGO:	35,1
APROVADO:		07/11/2019	DATA DE PAGAMENTO:	09/12/2019
Nº DA GUARDA:		2001588780	Nº DA GUARDA PAGADA:	4057442

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONSUMO AGRUPADO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira AMARELA	62.000.000	0,44025097	26,10
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,00
Compensação DIC Mensal 08/18			0,81
Compensação DIC Trimestral 09/19			-1,81
			-0,93

CONSUMO ANUAL (VW)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira AMARELA	92.000.000	0,44025097	38,10
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,00
Compensação DIC Mensal 08/18			0,81
Compensação DIC Trimestral 08/19			-1,81
			-0,93
			-0,93

TOTAL DA FATURA

35-17

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		CAL	DATA							
9001792	CAL	07/03/2019	25.514,00	07/03/2019	26.548,00	31	1,00000			83,00

© 2013 McGraw-Hill Education

MES/ANO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO REFETO	Geração de Energia	R\$ 17,65	45,57%
HOV18				Transmissão	R\$ 1,78	4,86%
OUT18				Distribuição (Cafep)	R\$ 10,68	28,17%
SET18	PIG	37,91	0,60	Pédes de Energia	R\$ 3,20	8,66%
AGO18				Encargos Setoriais	R\$ 2,51	6,67%
SET18	COFRES	37,91	4,25	Trifásicos	R\$ 1,95	5,14%
NOV18				Total	R\$ 37,91	100%
JUN18						
MAR19						
ABR19						
MAR19						
FEV19						
JAN19						
DEZ18						
NOV18						

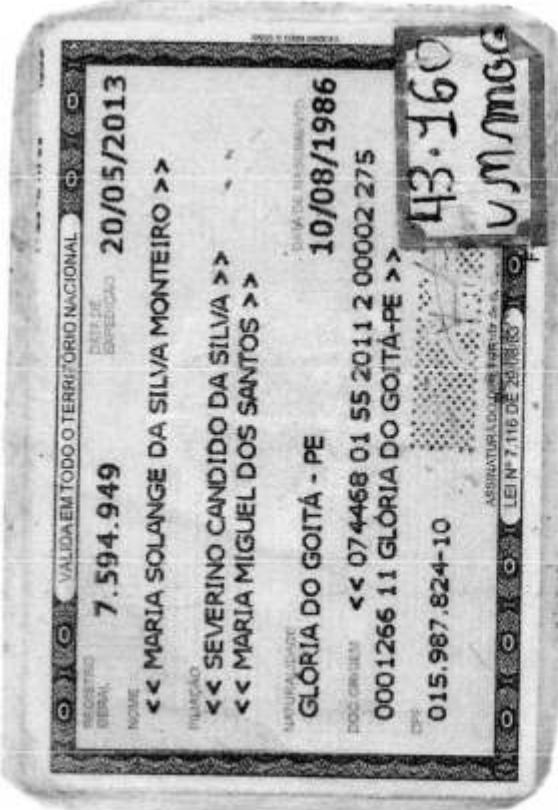
物理与自然/2006年第1期/物理与自然/总第10期

As condições geodésicas
formais (Resolução ANB
414.000/81) definem
que não é permitido
encontrar-se a 1000 m de
distância, ou mais, entre
elementos da rede.

Downloaded after the first 60 days or whenever the journal is removed from the site.

CÓDIGO DO BOMBO	VALOR APREENDIDO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE MÍNIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	VALORES DE REFERÊNCIA	
						MÍNIMO	MÁXIMO
006 - GOITA	18,47	11,03	22,03	44,07	220		
006 - FIC	4,00	7,57	15,34	30,89			
006 - DABEN	8,74	5,38	0,00	0,00			
Límite DCR = 18,03		EURO - Várias do Encargo da Línea de Sistema de Distribuição = R\$ 18,00					

CONTA CONTRIBUTO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$) 10/12/2019 35.17



DADOS DO CLIENTE
MARIA MIGUEL DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDOR:
SI CANAVIEIRAS 20-A

CPF 795 465 794-91

SITIO CANAVIEIRAS/VITORIA DE SANTO
VITORIA DE SANTO ANTAO PE
55800-000

**CLASSIFICAÇÃO
ECONÔMICA
AGROPECUÁRIA RURAL**

55800-000

CONTA CONSUMO 0000353588 11/2019
 DATA DE VENCIMENTO 10/12/2019 09/12/2019
 TOTAL A PAGAR R\$ 35,17

NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
	62.0000000	0,44025097	36,10
			1,00
			0,81
			-1,81
			-0,83

TOTAL DA FATURA

35, 1

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TABELAS			COMPONENTES DO CONSUMO			
Mês/Ano	Unidade	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO REFÍSTO	GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$	17,65	48,57%
NOV/15	82				Transmissão	R\$	1,78	4,82%
OUT/15	88				Distribuição (Cépia)	R\$	10,68	28,11%
SET/15	75				Perdas de Energia	R\$	3,28	8,68%
AGO/15	87				Emergências Setoriais	R\$	2,51	6,67%
ABR/16	87				Impostos	R\$	1,25	3,14%
MAI/16	78				Total	R\$	37,31	100%
ABR/16	83							
MAR/15	70							
FEV/16	64							
JAN/16	71							
DEZ/16	68							
NOV/15	72							

IMPORTE DE LOS IMPORTADORES

As consequências de
formar cidadãos (Resolução ANEEL
414/2010), tentar, provar
que os prefeitos e os deputados
não concordam com a reforma, ou a
consultar, em missões voluntárias
e interdisciplinares no site

VALORES E TENSÃO NA DIA MEDIAS					NÍVEIS DE TENSÃO		
GLOBAL/EST	VALOR APENAS	LIMITE MÉDIO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
						MINIMO	MÁXIMO
DE	16,47	11,01	22,03	44,07	220	202	231
GOTA	4,00	7,67	15,34	30,68			
FTE	5,74	5,98	2,00	0,00			
DMH							
LIMITE DIA: 4,60	EUSO - Valor do Fator de Use do Sistema de Distribuição - R\$ 19,53						

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

Valorização 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 OSTEOSÍNTESE 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

Valorização 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 OSTEOSÍNTESE 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: IVANIL DO 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 SITIO GUILHERMINO, nº 01, Bairro GUILHERMINO, Município de GLONIA -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: Pç 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 Sílio monteiro Brasileiro(a), portador do RG de nº 7594.949, Órgão Emissor: SIDS/PE, inscrito no CPF de nº 015/987/824-40, Residente na Rua Sílio Cachalote nº 01, Bairro Cachalote, município de glória /PE.

2º TESTEMUNHA: Francisco de Arruda Borges monteiro, Brasileiro(a), portador do RG de nº 6649139, Órgão Emissor: SIDS/PE, inscrito no CPF de nº 0509471994-44, Residente na Rua Sítio Cachalote nº 01, Bairro Cachalote, município de glória /PE.

A RÔGO: Zé do Sertanejo dos Santos, Brasileiro(a), portador do RG de nº 2273142, Inscrito no CPF de nº 30515431494-34, Residente na Rua 44 Sítio escola grande, Bairro glória Do Goiá, Município de glória /PE. Que assina o Rôgo da vítima OUTORGANTE.



João Severino dos Santos

- A ROGO -



- OUTORGANTE -



maria Solange da Silva monteiro
1º TESTEMUNHA



Francis de Assis marques monteiro
2 TESTEMUNHA

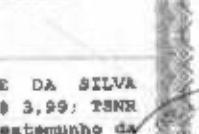
CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE GLÓRIA DO GOITÁ
Titular: KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA
Telefone: (81) 3658-2168



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

Selo: 0159533.QQY11201901.00029 12/11/2019 08:05:47
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sealdigital

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. Encolamentos R\$ 3,99; TNR R\$0,80. Glória do Goitá/PE, 12/11/2019. Em testemunho da Verdade. Dou Fá. KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA - TABELIÃ.

Selo: 0159533.PBR11201901.00030 12/11/2019 08:06:08
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sealdigital

CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE GLÓRIA DO GOITÁ

Titular: KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA
Telefone: (81) 3658-2168



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

Selo: 0159533.RWM11201901.00031 12/11/2019 08:06:24
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sealdigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423648/19

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

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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