Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

24/07/2020

Número: **0002031-58.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **16/01/2020**
Valor da causa: **R$ 12.825,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS (AUTOR)	**JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)**
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65211928	24/07/2020 11:41	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

Pag. 01939/01940 - carta_03 - INVALIDEZ

00060970

Carta nº 15185371

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

Pag. 00035/00036 - carta_01 - INVALIDEZ

00030018

Carta nº 15189975

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, 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

Seguradora LÍDER

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: [illegible]

4 - Nome completo da vítima: [illegible] GUILHERMINO DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: [illegible]

6 - CPF: [illegible]

Bairro: [illegible]

12 - Cidade: [illegible]

Tel (DDD): [illegible]

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

[illegible] - Nome completo do Representante Legal: [illegible]

[illegible] - CPF do Representante Legal: [illegible]

[illegible] - Profissão do Representante Legal: [illegible]

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço informado sob pena de comprovante anexo **(ANEXAR COPIA)**.

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECEBO ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 A R$1.500,00 ☐ R$1.501,00 ATÉ R$3.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$3.001,00 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. Assinalar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3217 (1) CONTA: 33653 (6) AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

Autorizo [illegible] da indenização [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ Declaro [illegible] para os fins do [illegible]

- 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 [illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ 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 e falecidos: 30 - Vítima deixou neste(a) [illegible] ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima [illegible] ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos e falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

[illegible]

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): JOÃO SEVERINO DOS SANTOS

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): [illegible]

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: [illegible]

CPF: [illegible]

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: [illegible]

CPF: [illegible]

Assinatura da testemunha

40 - [illegible]: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

[illegible] - Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

bradesco

LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1. Nº do sinistro da ASL | 3. CPF da vítima: [illegible] | 4. Nome completo da vítima: [illegible]

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

DADOS CADASTRAIS

5. Nome completo: [illegible] | 6. CPF: [illegible]

7. Sexo: [illegible] | 8. Endereço: [illegible] | 9. Número: [illegible] | 10. Complemento: [illegible]

11. Bairro: [illegible] | 12. Cidade: [illegible] | 13. Estado: [illegible] | 14. CEP: [illegible]

15. E-mail: [illegible] | 16. Telefone: [illegible]

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: [illegible]

18. CPF do Representante Legal: [illegible] | 19. Profissão do Representante Legal: [illegible]

Declaro, [illegible] residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

20. RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECEBE NORMAL ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.000,00 ☐ ACIMA DE R$2.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** [illegible] ☐ **CONTA CORRENTE** [illegible]

☒ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)** **Nome do BANCO:** _____

☐ **Banco do Brasil (001)** ☐ **Caixa Econômica Federal (104)**

AGÊNCIA: 3217 (4) **CONTA:** 33535 (6) **AGÊNCIA:** ( ) **CONTA:** ( )

[illegible]

Autorizo [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ **Declaro,** [illegible]

- 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.

[illegible]

MORTE

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: [illegible]

25. Grau de parentesco com a vítima: [illegible] | 26. Vítima de seu companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27. Sua vítima de seu companheiro(a) [illegible]

28. Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29. Se tem filhos, informar: Vivos: [illegible] Falecidos: [illegible] | 30. Vítima deixou [illegible]? ☐ Sim ☐ Não | 31. Vítima tem [illegible] anos? ☐ Sim ☐ Não | 32. Se tem irmãos, informe: Vivos: [illegible] Falecidos: [illegible] | 33. Vítima tem pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

[illegible]

34. Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): [illegible]

35. CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): [illegible]

X [illegible]

36. Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38. 1º Nome: maria [illegible]
CPF: 013.337.824-30
X maria [illegible]
Assinatura da testemunha

39. 2º Nome: Francisco de Assis Marques [illegible]
CPF: 050.947.954-44
X Francisco de Assis Marques [illegible]
Assinatura da testemunha

40. Cidade e Data: [illegible]

41. Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42. Assinatura do Representante legal (se houver)

43. Assinatura do Procurador (se houver)

FES 001 V002/2014

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: **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.)

Seguradora LÍDER

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: [illegible]

4 - Nome completo da vítima: [illegible] GUILHERMINO DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: [illegible]

6 - CPF: [illegible]

Bairro: [illegible]

Tel (DDD): [illegible]

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

Nome completo do Representante Legal: [illegible]

CPF do Representante Legal: [illegible]

Profissão do Representante Legal: [illegible]

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço informado, sob pena de comprovante de endereço **(ANEXAR COPIA)**.

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECEBO ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.000 A R$1.000,00 ☐ R$1.501,00 ATÉ R$3.000,00
☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3217 - 1 CONTA: 33653 - 6 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo [illegible] da indenização [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ Declaro [illegible] para os fins do [illegible]

- 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 [illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ 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 e falecidos: 30 - Vítima deixou neste (em) filho(s) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima [illegible] ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos e falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

[illegible]

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): [illegible]

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): [illegible]

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: [illegible]
CPF: [illegible]
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: [illegible]
CPF: [illegible]
Assinatura da testemunha

40 - [illegible]

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Secretaria Municipal de Saúde

GLÓRIA DO GOITÁ

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data:	Hora da Chegada:	Hora da Saída:

Nome: _____ Registro Nº _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Cor: _____ Sexo: _____ Estado civil _____

Nome da Mãe: _____

Endereço _____ Nº _____ Bairro: _____

Naturalidade: _____ Responsável: _____

Fone: ( ) _____

EXAME FÍSICO

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

Pulso: _____ bpm Peso: _____ kg Sp_{O_2} _____ %

Diagnostico _____

PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	

Martins Braz
Médica
[illegible] 826
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

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE
SEVERINA JOSEFA DA CONCEICAO
CPF: 057.042.574-37

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI GUILHERME 850

SITIO GUILHERME/VITORIA DE SANTO ANTAO RURAL
55600-000 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	DATA/EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
13/11/2019	07/10/2019	002211605017
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO 07/10/2019	Nº DO CLIENTE 2001159567
172,24	NÚMERO DA NOTA FISCAL 079655636	Nº 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	0,61613046	52,97
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,39
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 068523459-05/07/19			0,63
ICMS Subvenção-CDE-NF 072058749-05/08/19			0,42
Parcela 9/10 Plano 403001343903			110,09
Multa por atraso-NF 075942654 - 15/02/19			2,20
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

Tarifas Aplicadas
Consumo Ativo(kWh) 0,61746000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	17,94	31,84
Transmissão	1,97	3,47
Distribuição (Celpe)	11,95	21,09
Encargos Setoriais	2,81	4,94
Tributos	18,27	32,22
Perdas de Energia	3,74	6,63
TOTAL	56,70	100

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
OUT	19	85
SET	19	96
AGO	19	77
JUL	19	119
JUN	19	11[illegible]
MAI	19	124
ABR	19	11[illegible]
MAR	19	129
FEV	19	132
JAN	19	[illegible]
DEZ	18	148
NOV	18	135
OUT	18	117

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
56,70	25,00	14,17	56,70	1,29	0,73	56,70	5,95	3,37

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
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 [illegible]/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	[illegible]	META TRIM.	META ANUAL
		ago/2019			
DIC-No.de horas sem Energia	VITORIA DE SANTO ANTAO	7,71	11,18	27,32	44,85
FIC-No.de vezes sem Energia		1,99	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,91	5,08	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 14,80	

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 19,27

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: ag correios goiana: praça barao do rio branco centro / sequinha construcoes: rua jose sotero de farias no 333 -
Na data 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 tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. 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.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE
SEVERINA JOSEFA DA CONCEICAO
CPF: 057.042.574-37

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI GUILHERME 850

SITIO GUILHERME/VITORIA DE SANTO ANTAO RURAL
55600-000 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	DATA/EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
13/11/2019	07/10/2019	002211605017
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO 07/10/2019	Nº DO CLIENTE 2001159567
172,24	NÚMERO DA NOTA FISCAL 079655636	Nº 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	0,61613046	52,97
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,39
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 068523459-05/07/19			0,63
ICMS Subvenção-CDE-NF 072058749-05/08/19			0,42
Parcela 9/10 Plano 403001343903			110,09
Multa por atraso-NF 075942654 - 15/02/19			2,20
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

Tarifas Aplicadas
Consumo Ativo(kWh) 0,61746009

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	17,94	31,84
Transmissão	1,97	3,47
Distribuição (Celpe)	11,95	21,09
Encargos Setoriais	2,81	4,94
Tributos	18,27	32,22
Perdas de Energia	3,74	6,63
TOTAL	56,70	100

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
OUT	19	85
SET	19	96
AGO	19	77
JUL	19	119
JUN	19	11[illegible]
MAI	19	124
ABR	19	11[illegible]
MAR	19	129
FEV	19	132
JAN	19	[illegible]
DEZ	18	148
NOV	18	135
OUT	18	117

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
56,70	25,00	14,17	56,70	1,29	0,73	56,70	5,95	3,37

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
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 [illegible]/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	[illegible]	META TRIM.	META ANUAL
		ago/2019			
DIC-No.de horas sem Energia	VITORIA DE SANTO ANTAO	7,71	11,18	27,32	44,85
FIC-No.de vezes sem Energia		1,99	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,91	5,08	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 14,80	

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 19,27

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios goiana: praça barao do rio branco centro / sequinha construcoes: rua jose sotero de farias no 333 -
Na data 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 tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. 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

[redacted]

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: JAANIL DO GUILHERMINO DOS SANTOS
1. Ocorrência da Emergência: 746058
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: 1ª CIRURGIA EM 16/07/19 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO. 2ª CIRURGIA EM 08/08/19 - REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSSINTESE 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 [redacted]

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 Estado: PE
Bairro: ZONA RURAL Cidade: GLORIA DO GOITA
CEP: 55620000 Fone: ~~92439225~~ 993798142 Profissão:
Nome da Mãe: SEVERINA JOSE DA CONCEICAO
Acompanhante: MARIA JOSE PORFIRIO DA SILVA LEONARDO (IRMÃO)
Nome do Conjuge:
Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Ocorrência: HOSP. DE GLORIA DO GOITA, SENHA 5728812, REFERE ACIDENTE TRANSITO COM QUEDA MOTO. COM TRAUM

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO [redacted] HORA: 10 h Médico: Múcio Leôncio Lima Filho Traumato-Ortopedista TEOT 16879 CRM 17215 PE

Queixa Principal / HDA: [illegible]

Histórico [redacted]

Perda da Consciência:	Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito:	Sim ☒ Não ☐	Tipo:	Motorista ☒ Passageiro: ☐
Colisão:	Sim ☒ Não ☐	Tipo:	
Atropelamento:	Sim ☐ Não ☒	Local de Impacto:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura m
Vítima de Ferimento:	Sim ☒ Não ☐	Tipo:	Transporte Realizado por:
Queimadura:	Sim ☐ Não ☐	Por:	Por que:
Condições de imobilização adequadas:	Sim ☒ Não ☐		

Observações: [illegible]

Exame Físico: [illegible]

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

[illegible]

B: Respiratório

[illegible]

C: Circulatório	PA x mmm	Pulso: bpm:

[illegible]

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

[illegible]

HGV

de 2

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Tratamento / Procedimentos:

Código Procedimento:

Carimbo

Procedimento

Indicação Cirurgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Médico + Carimbo

Diag. Definitivo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Definição do Caso:

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

Curado ☐ Melhorado
Inalterado ☐ Piorado
Óbito

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

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

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

Observações:

Assist. Social

Assist. Social

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:

Periodo: 16/07/2019 18:03 - 16/07/2019 18:03
MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: [redacted]
Cor: [redacted] 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
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

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO: **SETOR:**

DATA DE ADMISSÃO: ___/___/___

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

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

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

___ COLOCADO PULSEIRA ROXA ___ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

___ SIM
___ NÃO ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na 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: _____

HGV.1028 V.1.2018.

Avenida Gonçalo San Martin s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50.630-080
Fone: 081[illegible]

Secretaria Municipal de Saúde
Receituário

Unidade de Saúde: Hospital João Murilo
Clínica: ORTOPEDIA Registro nº:
Data: 07/07/2019 Enfermaria:

Encaminho o Sr. Avanilto Guimarães dos Santos, 45 anos, com queixa de queda após colisão motociclística. GCS 15, trauma na mão e ombro D, mão D c/ edema e dor à ttc no 3º Q.D. c/ deformidade. ombro D c/ dor ao toque. Ferimento em supercílio D.

10 07 19

Bartiria Braz
Médica
CRM 13.8025

MÉDICO

[illegible]

Atestado de saúde

Apresentado
de [illegible] de [illegible] ERO
Dia e hora marcada pela
Juiza [illegible] do [illegible] REDAS

Eu lhe cumprimento e
[illegible] de [illegible] nome
[illegible] [illegible]

Atenciosamente

Jerônimo Lôbo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 11248 - TEOT 7884

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

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 tecidos externos

COMORBIDADE: do 3º QDD

PROCEDIMENTO SOLICITADO:
Tratamento cirúrgico

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 16.07.19 | DATA DA ALTA: 13.08.19 | DIAS DE INTERNAÇÃO:
04150100012

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0408060450 | 0408020342 | CID: S66.9 | CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: Fernando Mendonça Neto Matrícula

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXILIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXILIO 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

Avenida General San Martin s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50.630-060
Fone: 0XX.81.31845900

HGV.1010.V.1.2013.

[illegible] Estadual de Saúde

RE[illegible]ORIO DA OPERAÇÃO

[illegible] IERMINO DOS SANTOS Registro. 1033707

[illegible]

[illegible]

[illegible] RATURA EXPOSTA DE F1 3º QDD + FRATURA

[illegible] POLEGAR D + FRATURA FECHADA F1 [illegible] D

[illegible] CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DO 3º QDD

[illegible]

[illegible] te eis;

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Ana Aleza Ferreira Torres
Traumato-Ortopedia
CRM/PE 25656

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

GOVERNO DE Pernambuco

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 OSTEOSSÍNTESE 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 Aurez Renoreto Torres
Traumato-Ortopedia
CRM/PE 25656

Relatório de A[illegible] hospitalar

Diagnóstico:

[illegible] FRATURA FECHADA DE FALANGE [illegible] DE FALANGE PROXIMAL DE [illegible]

OBS

[illegible] PROCEDIMENTO PROFILÁTICO [illegible]

[illegible] Procedimento da AIH

DATA DA INTERNAÇÃO | DATA DA ALTA

Recife

DATA	HORA	NOME DO MÉDICO	CLÍNICA	RUBRICA
26-03-19	7h0	[illegible]	TR	[illegible]
03/09/2019	9h	Sandra Taiva	Mão	[illegible]

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
Informação Consulta
31845786

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

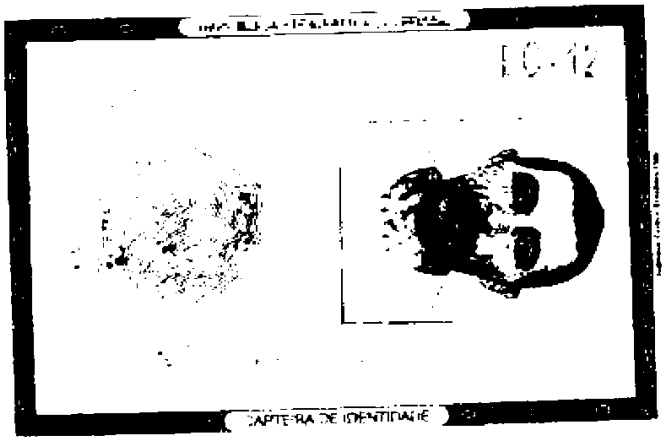
R 3/01.V.01.2/13

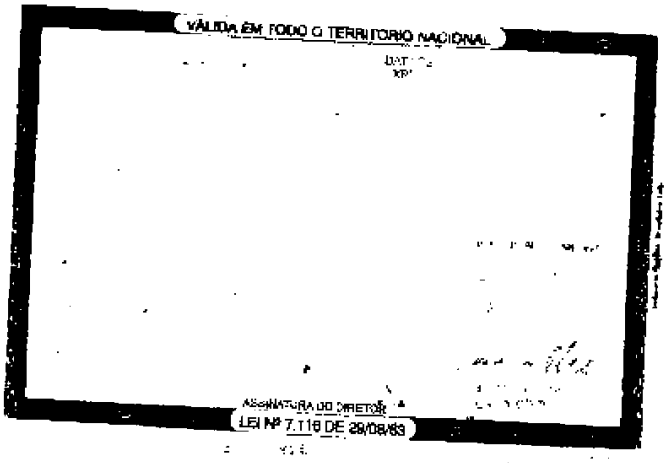
130-925

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

CARTÃO DE CONSULTA

HGV Hospital Getúlio Vargas 1033707
CNS. 708708593009911 1033707 Prontuário
Paciente IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS
Nascto: 02/03/1974 Sexo MASCULINO Fone (81) 8213-8225
Mãe: SEVERINA JOSE DA CONCEICAO
End: SITIO GUILHERME Nº 0 Compl
Bairro: ZONA RURAL Cidade: GLORIA DO GOITA UF PE
CEP: 55820000 Dt Cadastro: 30/10/2015 hs: 22:52 Usuario JOSEMEIDEAS
ACESSOPRO 16/07/2019 Dt Impressão: 13/08/2019 11:07


CARTEIRA DE IDENTIDADE

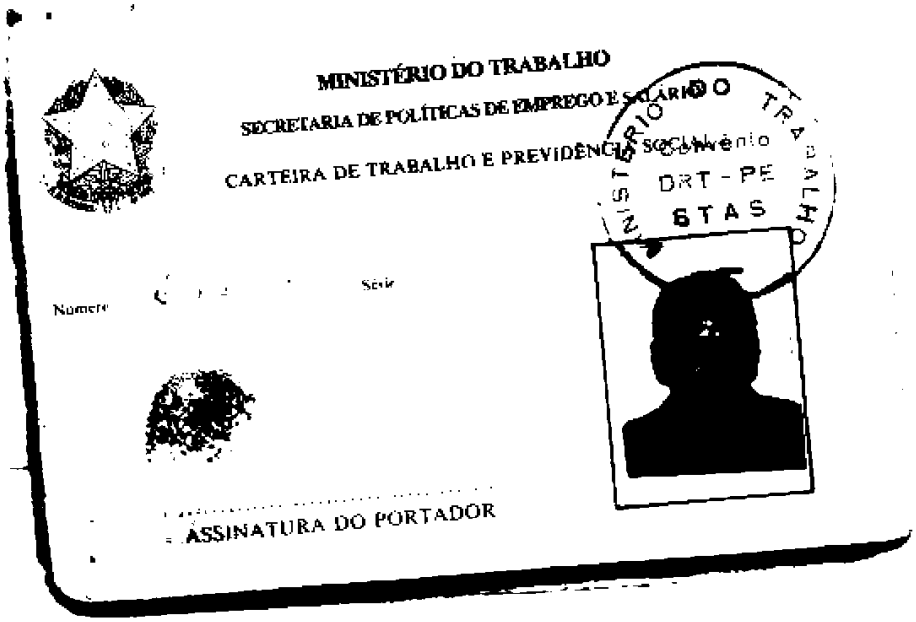

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
032.214.414-01

Nome
IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

Nascimento
02/03/1974



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número Série

ASSINATURA DO PORTADOR

MINISTÉRIO DO TRABALHO
DRT - PE
STAS

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Lor. Nasc. Est. Data

Filiação

Doc. nº

ESTRANGEIROS

Chegada no Brasil em / Doc. Ident. nº

Exp. em Estado

Obs

Data Emissão DRT

Assinatura do Funcionário

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

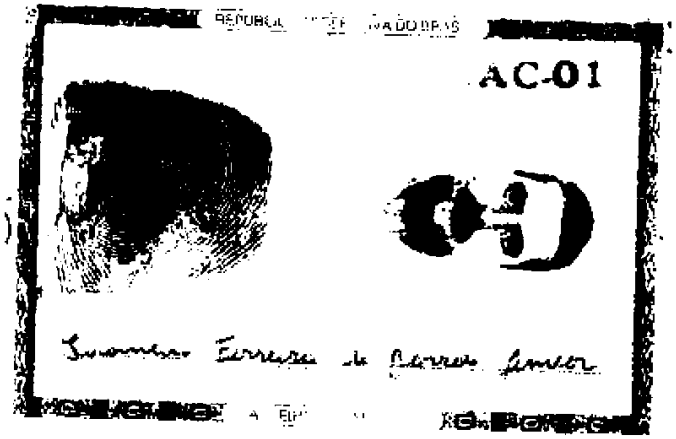
PRESIDENTE

STR – DE GLÓRIA DO GOITÁ

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

ESPOSO(A): MARIA JOSE PORFIRIO DA SILVA

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



4.493.761 23/08/2011

<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR >>

<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS >>
<< MYRTES MARIA WANDERLEY DE BARROS >>

RECIFE - PE 20/03/1975

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

794.699.224-68

F-45 29.958 4433

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE

Nº 01480373546 4

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

IPVA

1

2

3

CONTRAN

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 01480373546 4 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

4

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

A UANA

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS **INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS** **(ID)**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA [illegible]

DATA DO ACIDENTE [illegible] CPF DA VITIMA [illegible]

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTESCO COM VITIMA [illegible]

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

NA DEFICIENCIA DE APRESENTAR O LAUDO DO IML DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML ORIGINAL COM TEL E ENDEREÇO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO SE HOUVE INVALIDEZ PERMANENTE OU NÃO

( ) RECEITA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR (QUANDO APLICAVEL) (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCARIOS, TAIS COMO CARTÃO DE CREDITO OU CARTÃO BANCARIO

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)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES OCORRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) NOTAS FISCAIS ORIGINAIS E LEGÍVEIS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES COMPROVADAS

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCARIOS, TAIS COMO CARTÃO DE CREDITO OU CARTÃO BANCARIO

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)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCARIOS, TAIS COMO CARTÃO DE CREDITO OU CARTÃO BANCARIO

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**

DATA DATA

CLIENTE DAMS **4493761** NOME

ASSINATURA ASSINATURA

NASCIMENTO
12.08.62

INSCRIÇÃO NO CPF
305 543 494 34

CONTRIBUINTE
JOAO SEVERINO DOS SANTOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
DIRETORIA DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

COMPROVANTE COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

João Severino dos Santos

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE
JOAO SEVERINO DOS SANTOS
PROXIMO AO COLEGIO
CPF: 305.343.494-34 NIS: 12082720472

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI A UDE GRANDE SN

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

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

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
25/10/2019	18/10/2019	002386270018
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO 18/10/2019	Nº DO CLIENTE 2801302892
24,51	NÚMERO DA NOTA FISCAL 051602212	Nº DA INSTALAÇÃO 0001218368

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
02DC.DDAA.3D20.9E3A.04FD.3514.790D.1344

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19758001	5,93
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	62,00	0,33872574	21,00
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,44
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,85
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,65
Compensação DIC Mensal 08/19			5,36-
TOTAL DA FATURA			24,51

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencto	Dt Reav	Valor
24/08/19	14/10/19	19,36

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também estar cobrança conforme os critérios definidos na Art. 88 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão aos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,19758160
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420269

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
OUT	19	82
SET	19	63
AGO	19	98
JUL	19	115
JUN	19	104
MAI	19	140
ABR	19	144
MAR	19	163
FEV	19	130
JAN	19	144
DEZ	18	125
NOV	18	150
OUT	18	146

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	12,72	46,08
Transmissão	1,49	4,96
Distribuição (Celpe)	8,63	30,24
Encargos Setoriais	0,84	2,98
Tributos	2,03	7,20
Perdas de Energia	2,61	9,54
TOTAL	28,31	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	28,21	1,29	0,36	28,21	5,951	1,67

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
MA07015	CAT	17/09/2019	18.799,00	18/10/2019	18.891,00	31	1,00000	0,00	92,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA 18/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		ago/2019			
DIC-Hs de horas sem Energia	GLORIA DO GOITA	29,66	11,01	22,03	44,07
FIC-No.de vezes sem Energia		3,00	7,67	15,34	30,68
DMIC-Duração maxima de interrupção continua		21,83	5,96	8,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 15,60		

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 13,00

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios felipe guerra; avenida valdemiro gomes da silva centro / mt. s. s. brito - app: e julio ferreira 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.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R$ 28,78 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RECORTE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002386270018	10/2019	24,51	25/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838700000001 245100110021 386270018103 142774068739

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423648/19

Vítima: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

Data do acidente: 16/07/2019

CPF: 032.214.414-01

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

Seguradora: ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S.A.

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

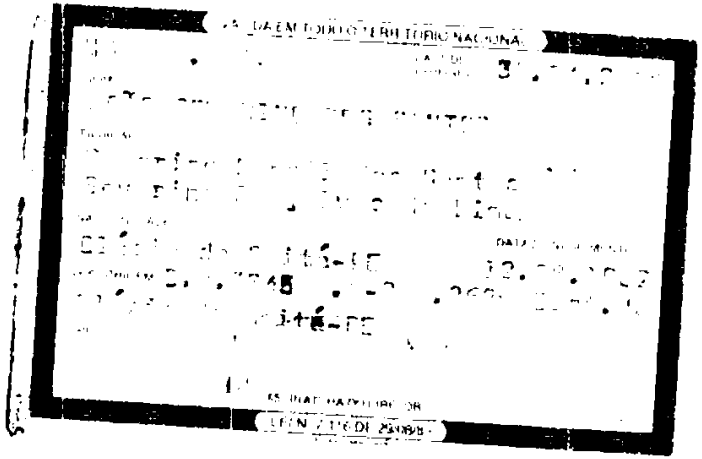
Data da apresentação: 29/11/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

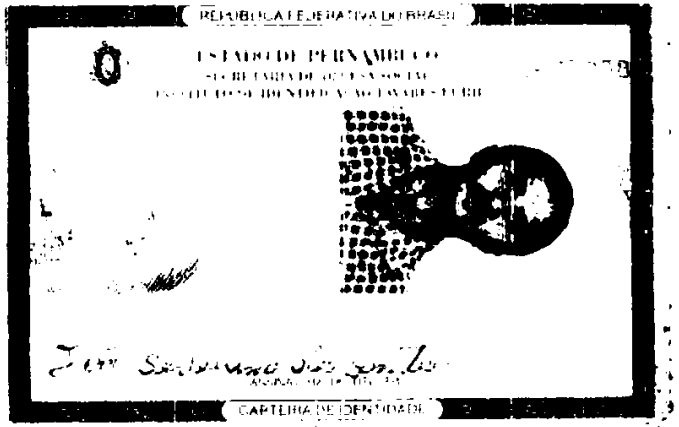
IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

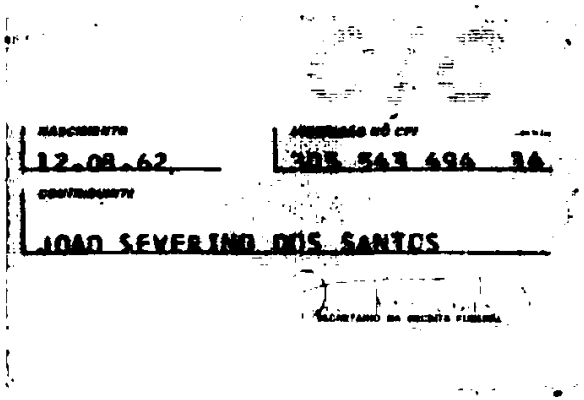
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Josyelli de Oliveira Cabral







CELPE

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2386270018	11/2019

DATA DE EMISSÃO	DATA DE APRESENTAÇÃO
26/11/2019	20/12/2019

TOTAL A PAGAR (R$): 33,65

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CONSUMO ATIVO [illegible]	[illegible]	0,331331165	[illegible]
CONSUMO ATIVO [illegible]	[illegible]	[illegible]	0,99
[illegible]			[illegible]
[illegible]			[illegible]
CONTRIBUIÇÃO [illegible]			[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DÉBITO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DISCRIMINAÇÃO DO VALOR

Geração de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	33,65	100%

INFORMAÇÕES GERAIS

[illegible]

INFORMAÇÕES DIVERSAS

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

[illegible]

TENSÃO E FREQUÊNCIA

	TENSÃO	LEITURA
DIC	[illegible]	[illegible]
FIC	[illegible]	30,99
DMIC	[illegible]	[illegible]

LIMITES DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO
[illegible]	[illegible]	[illegible]

CONTA CONTRATO: 2386270018 | MÊS/ANO: [illegible] | DATA DE EMISSÃO: 26/11/2019 | TOTAL A PAGAR (R$): 33,65

6649139 29.04.2008

FRANCISCO DE ASSIS MARQUES MONTEIRO

Valdemar Francisco Monteiro

Tereza Marques Monteiro

Glória do Goitá - PE 13.05.1981

CN. 6690, Liv. A 5, Fls. 207

Cart. de Glória do Goitá - PE

ESTADO DE PERNAMBUCO E09R32

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

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

CELPE

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

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

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	Nº DA FATURA
			4057447

09/12/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS			
COFINS			

DISCRIMINAÇÃO DA FATURA

Geração de Energia			
Transmissão			
Distribuição de Energia			
Perdas de Energia			
Encargos Setoriais			
Tributos			
Total		21,91	100%

TARIFAS APLICADAS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

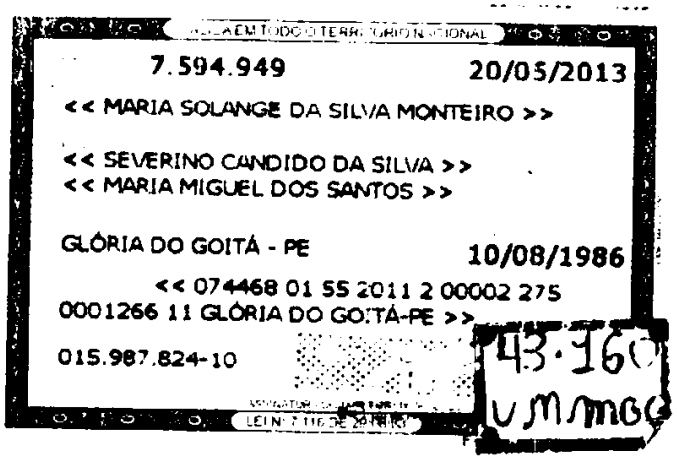
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	DEC	LIMITE	FEC	LIMITE

FAIXAS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	

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



7.594.949 20/05/2013

<< MARIA SOLANGE DA SILVA MONTEIRO >>

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

GLÓRIA DO GOITÁ - PE 10/08/1986

<< 074468 01 55 2011 2 00002 275
0001266 11 GLÓRIA DO GOITÁ-PE >>

015.987.824-10

43.160
VMMGG

maria solange da silva monteiro

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita 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

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

CELPE

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 50050-902

CNPJ: 10.835.932/0001-08 - Inscr. Est. 18059400-90 - www.celpe.com.br

CONSUMIDOR

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4000353588	11/2019

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE APRESENTAÇÃO
10/12/2019	09/12/2019

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	SUBSÉRIE	Nº DA INSCRIÇÃO
			4357447

TOTAL A PAGAR (R$): 35,17

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)

TOTAL DA FATURA 35,17

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS			
COFINS			

DISCRIMINAÇÃO DA FATURA

Geração de Energia	R$		
Transmissão	R$		
Distribuição de Energia	R$		
Perdas de Energia	R$		
Encargos Setoriais	R$		
Tributos	R$		
Total	R$	35,17	100%

MULTAS APLICADAS

CRÉDITOS

MENSAGEM DO PROCON

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	VALOR APURADO	LIMITE REGULAMENTAR	LIMITE INDIVIDUAL	LIMITE GLOBAL

QUALIDADE DA TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

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

Seguradora LIDER

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 GUIMARÃES [illegible], Brasileiro (a), portador (a) do RG nº 5864453 Órgão Emissor: SDS, Inscrito(a) no CPF sob nº 032.214.414-01, estado civil, solteiro, Analfabeto, Residente na Rua Sítio Guimarães, nº 01, Bairro Guimarães, Município de Glória -PE. Vítima de acidente de Trânsito no dia 17/1/19.

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.

1° TESTEMUNHA: Maria Solange da Silva Monteiro Brasileiro(a), portador do RG de nº 7.594.949, Órgão Emissor: SDS/PE, inscrito no CPF de nº 015.987.824-10. Residente na Rua Sítio Cachoeira nº 01, Bairro Cachoeira, município de Glória /PE.

2° TESTEMUNHA: Francisca de Assis Marques Monteiro, Brasileiro(a), portador do RG de nº 6649139, Órgão Emissor: SDS/PE, inscrito no CPF de nº 056.947.994-44, Residente na Rua Sítio Cachoeira nº 01, Bairro Cachoeira, município de Glória /PE.

A RÔGO: [illegible], Brasileiro(a), portador do RG de nº 2.27[illegible].142, Inscrito no CPF de nº 3[illegible]4-34, Residente na Rua [illegible], Bairro [illegible], Município de [illegible] /PE. Que assina o Rôgo da vítima OUTORGANTE.

RECONHECO

- A ROGO –

- OUTORGANTE -

RECONHECO A FIRMA

maria Solange da Silva Monteiro

1ºTESTEMUNHA

RECONHECO A FIRMA

Francisca de Assis Marques Monteiro

2 TESTEMUNHA

CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE GLÓRIA DO GOITÁ
Titular: KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA
Telefone: (81) 3638-2168

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

Selo: 0159533.QQYI1201901.00029 12/11/2019 [illegible]
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE GLÓRIA DO GOITÁ
Titular: KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA
Telefone: (81) 3638-2168

Reconheço a(s) firma(s) de MARIA SOLANGE DA SILVA MONTEIRO por AUTENTICIDADE. Emolumentos R$ 3.99; TSNR R$0,80. Glória do Goitá/PE, 12/11/2019.Em testemunho da Verdade. Dou Fé. KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA - TABELIÃ.

Selo: 0159533.PBRI1201901.00030 12/11/2019 08:06:08
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE GLÓRIA DO GOITÁ
Titular: KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA
Telefone: (81) 3638-2168

Reconheço a(s) firma(s) de JOÃO SEVERINO DOS SANTOS [illegible] AUTENTICIDADE. Emolumentos R$ 3,99; TSNR R$ [illegible] do Goitá/PE. 12/11/2019.Em testemunho da verdade. Dou fé. KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA - TABELIÃ.

Selo: 0159533.KNM11201903.00031 12/11/2019 [illegible]
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423648/19

Vítima: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

Data do acidente: 16/07/2019

CPF: 032.214.414-01

CPF de: Próprio

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 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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Josyelli de Oliveira Cabral

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423648/19

Número do Sinistro: 3190666923

Vítima: IVANILDO GUILHERMINO DOS SANTOS

Data do acidente: 16/07/2019

CPF: 032.214.414-01

CPF de: Próprio

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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges