
Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200229821

Vítima: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 15/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200229821

Vítima: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 15/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200229821

Vítima: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 15/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 077

Agência: 000000001

Conta: 000006519771-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

101.301.004-39

EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

101.301.004-39

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

CARGA / DESCARGA

Sítio do Bonca

50

CASA - A

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

PARATIBE

PAULISTA

PE

53.400-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

balbinespe@hotmail.com / 81/999441109 (81) 3538-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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

Inscrição:
dígito da
vítima ou
beneficiário
não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Abreu e Lima PE 26/06/2020
Edvaldo Rodrigues da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 20E0115000864

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/03/2020 às
10:21

ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que
aconteceu no dia 16/12/2019 às 01:16

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1 - Bairro:**
SAO BENEDITO OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDVALDO RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na operação da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

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

EDVALDO RODRIGUES DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA JOSE RODRIGUES DA SILVA Pai: ELIAS JOSE RODRIGUES DA SILVA Data de
Nascimento: 26/4/1984 Nacionalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO RODRIGUES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

de 2

04/03/2010 10:22

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Jaspers/SDS/interpol/xml/bolBOEPreview.html

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE FOI ATROPELADO POR UM VEICULO DESCONHECIDO E DE PLACA NÃO ANOTADA, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO, PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS.

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

X Edvaldo Rodrigues da Silva
EDVALDO RODRIGUES DA SILVA
(VITIMA)

[Assinatura]
S.O. registrado por: JOHNNY BANDEIRA DE MELO MAIA - Matrícula: 3587888



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: 4 - Nome completo da vítima:

101.301.004-39

EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

101.301.004-39

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

CARGA / DESCARGA

Sítio do Bonca

50

CASA - A

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

PARATIBE

PAULISTA

PE

53.400-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

balbinespe@hotmail.com / 81/999441109 (81) 3538-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do dolo 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(vairascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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

Inscrição:
dígito da
vítima ou
beneficiário
não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Abreu e Luperon 26/06/2020
Edvaldo Rodrigues da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APH000055 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^a). ROSEMBERG DE BARROS LIMA, 31 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 7302976 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 085.159.864-18, residente à RUA SAO GERALDO, nº 54, , ARTUR LUNDGREN I, PAULISTA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 15/12/2019, por volta das 01:16 hs, no endereço: AV.AV. PRESIDENTE KENNEDY, S/N, PEIXINHOS OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^a) EDVALDO RODRIGUES DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 101.301.004-39 e Registro Geral ° 6533779, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 29133-1 EDIVALDO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 508429. Ficou aos cuidados do médico LUIS NEVES, registro 19623. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 20/01/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2020APH000055

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000006519771-2

Nr. da Autenticação A2C6522AAC193CF7

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de COMERCIAL 116 | PRONTI
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 : Ouvidoria 0800 :
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos

DADOS DO CLIENTE

ELIAS HERCULANO DA SILVA
CPF: 183.408.144-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI DO RONCA 50 A

PARATIBE/PARATIBE
53400-000 PAULISTA 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

07/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

127,72

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

28/12/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

28/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

090627691

CONTA CONTRATO

001704141013

Nº DO CLIENTE

2000912560

Nº DA INSTALAÇÃO

0002310573

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9707.90A6.2794.EDD5.58D0.E551.05C0.82FC

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	144,00	0,75727874	109,04
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,30
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,79
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,28
ICMS Subvenção-CDE-NF 082990246 - 28/10/19			1,00
Multa por atraso-NF 082990246 - 28/10/19			2,63
Juros por atraso-NF 082990246 - 28/10/19			1,22
Atualização IGPM-NF 082990246 - 28/10/19			0,37
TOTAL DA FATURA			127,72

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
112,22	25,00	28,05	112,22	0,44	0,49	112,22	2,02	2,26

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	De Rev	Valor
04/12/19	28/12/19	120,36

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 RDB 414/Anel. Podem ocorrer a cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh): 0,54833000

HISTÓRICO DO CONSUMO

DEZ	19
NOV	19
OUT	19
SET	19
AGO	19
JUL	19
JUN	19
MAR	19
FEV	19
JAN	19
DEZ	18

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RS	%
Geração de Energia	37,89	33,78
Transmissão	4,18	3,72
Distribuição (Celpe)	25,39	22,63
Encargos Setoriais	5,96	5,31
Tributos	30,80	27,48
Perdas de Energia	6,90	7,13
TOTAL	112,22	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		TP DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
X18950	CAT	27/11/2019	31.248,00	28/12/2019	31.392,00	31	1,00000	0,00	144,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 28/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.
out/2019				
DIC-No.de horas sem Energia	PARATIBE1	0,00	10,15	20,30
DIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,44	14,88
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,38	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 16,60
ELERD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 42,98				
Tudo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, DMC e DICR a qualquer				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! h. f. farmacia; av. lindolfo coller 54 paratibe / racoes m silva; rua jose tertuliano da silva paratibe 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.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIA
	MÍNIMO M.
220	202

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDUARDO RODRIGUES DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.301.004-39, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

EDUARDO RODRIGUES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.301.004-39

_____, 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima de 26 de Junho de 2020

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/12/2019 01:12



Nome Paciente: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 26/04/1984
Sexo: Masculino
Idade: 35 anos
Senha: 0004
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 15/12/2019 02:37 - 15/12/2019 02:41

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, APRESENTA FERIMENTO EM MIE.
NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E EMESE
ALCOOIZADO

Observação:

TRAZIDO PELO BOMBEIROS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 156.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICOSE: 125.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MMHG
- PESO: 89.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

IMÁ - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (x)

Local
Enfermeiro
ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA
COREN: 386.426-ENI

RECEBIDO
ANDREA MARIA

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/12/2019 02:41



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 508429

Senha da Classificação:

Data e Hora: 15/12/2019 02:43

Paciente: 132286 EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 26/04/1984 Idade: 35 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE RODRIGUES DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: ESTRADA DE SANTA CASA

180

Bairro: MIRUEIRA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Lesão vulvar de desconhecida origem há 30 minutos, com
dor intensa ao coçar e ao toque. Lesão localizada na região
interna da coxa esquerda, com 10 cm de diâmetro.

Exame Físico

ECG normal, sem alterações. Hemograma normal, coagulograma
normal. Radiografia de tórax normal. RX de coluna L5/S1
normal. RX de coluna L4/L5 normal.

Hipótese Diagnóstica

1. Lesão vulvar. 2. Lesão de coxa esquerda. 3. Lesão de coluna L5/S1.

Prescrição Médica

Curiosos 70% de chance de cura com
tratamento adequado. Lesão de coxa esquerda e L5/S1.
Tratamento de lesão de coxa esquerda.
Tratamento de lesão de coxa esquerda.

Luis Neves
Médico
CRM-PE 19623

Relato de caso

Relato de caso

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação

03.40

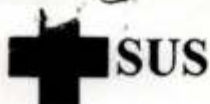
1- Ceftriaxona 2g

2- Sat + VAT

3- Dipirona 1g + AD

4- Ceftriaxona 1g

Dr. Samuel Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 555



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	EDVALDO RODRIGUES DA SILVA			6 - Nº Prontuário	132286
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
	26/04/1984	☒ Masculino ☐ Feminino	04 - Amarela	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA JOSE RODRIGUES DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198452467
13 - Nome Responsável	SABINA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	ESTRADA DE SANTA CASA, 180 - MIRUEIRA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
1 - ISTA	261070	PE	53405200		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 7 HORAS COM QUEIXA DE DOR EM PERNA ESQUERDA		
21 - Condições que justificam a internação	NECESSIDADE CIRURGICA		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE / EXAME FISICO / RADIOGRAFIA		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	S821 5822	V299 V02.9	04.08.25.250.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF	980016296170365
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FELIPE NUNES DA SILVA	15/12/2019	20818	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)

AIH
261910224319-7

AIH
261910224320-8

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 15/12/2019

Hora.....: 13:01

Aviso de Cirurgia : 61612

Paciente : 132286

Convênio Atend. : 1

Leito : 228

Dt. Início : 15/12/2019 11:50

Cid Pré-Operatório : S821

Cid Pós-Operatório : S821

Sala : 0001

SALA 01

EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 001

Dt. Fim : 15/12/2019 12:50

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Atendimento : 508446

Carteira :

Idade : 35 Anos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

CIRURGIAO

19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA TIBIA ESQUERDA

INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO + APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR JOELHO ESQUERDO

OPERADOR: DR THIAGO DOS ANJOS

1º AUXILIAR: DR FILIPE GUEDES

INSTRUMENTADOR: PRISCILA

ANESTESISTA: DR ANTONIO

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;

2. ASSEPSIA + ANTISSEPISIA;

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

4. VERIFICADOS 2 FERIMENTOS NA FACE ANTERO MEDIAL DA PERNA ESQUERDA, O PROXIMAL MEDINDO 4 CM E O MAIS

DISTAL MEDINDO 3 CM. BASTANTE SUGIDADES EM FERIMENTOS (AREIA, CAPIM). REALIZADA AMPLIAÇÃO DE 1 CM EM

OS FERIMENTOS E REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO 5.000 ML. REDUÇÃO INCRUENTA DA

FRATURA DIAPISÁRIA DA TÍBIA E APLICADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO TUBO -A -TUBO

COM 4 PINOS DE SHANZ;

5. VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;

6. LAVAGEM EXAUSTIVA E LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9% 2.000ML;

7. SUTURA COM NYLON 3-0;

8. CURATIVO ESTÉRIL;

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar****FATURADO**
30/12/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADR(A) : THIAGO GOMES DOS ANJOS
CRM : 19769

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 23/12/2019

Hora.....: 17:57

Aviso de Cirurgia : 61775

Paciente : 132286

Convênio Atend. : 1

Leito : 77

Dt. Início : 23/12/2019 16:45

Cid Pré-Operatório : S822

Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0001

SALA 01

EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-513-LEITO 001

Dt. Fim : 23/12/2019 17:59

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 508446

Carteira :

Idade : 35 Anos

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

CIRURGIAO

ANESTESISTA

13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE

10566 JAMILE DE CASTRO ALVES NEPOMUCENO

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DA DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA

INTERVENÇÃO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO+FIXAÇÃO INTERNO COM PLACA "L" EM PONTE

OPERADOR:DR ALEXANDRE ANDRADE

1º AUXILIAR:DR IGOR DANTAS

2º AUXILIAR:DR IAN BUSTOFF

INSTRUMENTADOR:REBECA

ANESTESISTA:DRA JAMILY

ANESTESIA:RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;

2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA+ RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO;

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

INCISÃO PELA VIA ANTERO-MEDIAL PROXIMAL E DISTAL AO FOCO DE FRATURA, DIVULSÃO POR PLANOS ANATÔMICOS, HEMOSTASIA COM ELETROCAUTÉRIO;

5. REDUÇÃO INCRUENTA;

APLICADA PLACA "L" COM 20 FUROS EM PONTE, COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS AO FOCO DE FRATURA E 03

PARAFUSO ESPONJOSOS(ROSCA LONGA) NO FRAGMENTO PROXIMAL;

7. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA PLACA E DOS PARAFUSOS COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;

8. LAVAGEM COM SF 0,9% 3.000ML;

9. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL 1 E DA PELE COM NYLON 3-0;

10. CURATIVO ESTÉRIL ;

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
30/12/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADR. ALEXANDRE ANDRADE
Cirurgião

DR(A) :



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 35 **SEXO:** M

DATA DA ADMISSÃO: 15/12/2019

DATA NASC.: 26/4/84

REG: 132286

DATA DA ALTA: 24/12/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQ

TRATAMENTO REALIZADO:

- OSTEOSÍNTESE COM PLACA PONTE

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM **02 SEMANAS**;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL : BOM

FERIDA OPERATÓRIA: OK

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

Adauto Telino
Médico
CRM: 13.228-6

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **508446**

Usuário: MONICABSL

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **EDVALDO RODRIGUES DA SILVA** Prontuário: 132286
Idade: 35a 7m 19d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 26/04/1984
Profissão : Escolaridade :
R.G.: C.P.F.: Telefone: CEP 53405200
Endereço: ESTRADA DE SANTA CASA , 180 - MIRUEIRA - PAULISTA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 15/12/2019 08:51
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - LEITO 001
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

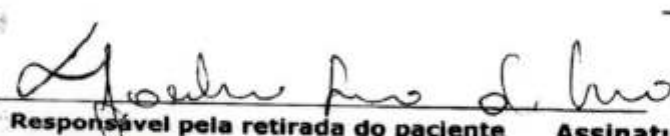
DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: **FATURADO 30/12/19**
Endereço: Número: CLAUDEVAL SOUSA
Fone: Cidade: Estado civil : PATRISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 24, 12, 19 Hora da Alta: 10 : 00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Estável. EGB, Enfisema
Diagnóstico Principal.....: Fract. ossos da bacia
Diagnóstico Secundário01.: HAS
Diagnóstico Secundário02.: osteoartrite
Procedimento.....: osteotomia

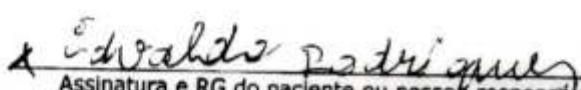

Adauto Telino
Médico
CRM-PE 187873


Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____


Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Colégio ACR, agência literária, análise para autor
para publicação



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número

40640 Série 00101PE

Edvaldo Rodrigues da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Edvaldo Rodrigues da Silva

Loc. Nas

São Paulo Est. SP Data 26/04/84

Filiação

Eliseu Hipólito da Silva
Maria José Rodrigues da Silva

Doc. Nº

RG 653379-5 DS PE

ESTRANGEIROS

Chegada no Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão 09/06/09 SRTE PE

Selma Gomes da Silva Assinatura do Funcionário

Mst. 147.482-0

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc

Nome

Doc

Nome

Doc

Est Civil

Doc

Est Civil

Doc

Nascimento

Doc

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL




Edvaldo Rodrigues da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.533.779 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/11/2002

NOME EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

FILIAÇÃO ELIAS HERCULANO DA SILVA
MARIA JOSÉ RODRIGUES DA SILVA

NATURALIDADE SÃO PAULO SP DATA DE NASCIMENTO 26/04/1984

CIC ORIGEM CN.102.722-L.154A-F.256-CART.SÃO MIGUEL PAULISTA SÃO PAULO-SP-27.04.84

CNP

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO DIRETOR



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **101.301.004-39**

Nome: **EDVALDO RODRIGUES DA SILVA**

Data de Nascimento: **26/04/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/06/2009**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:05:52** do dia **15/01/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8A31.C11C.5E8E.16DB**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229821 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 15/12/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO + PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P5 P6)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229821 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 15/12/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO + PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P5 P6)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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: **3200229821** 3 - CPF da vítima: **101.301.004-39** 4 - Nome completo da vítima: **EDVALDO RODRIGUES DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **EDVALDO RODRIGUES DA SILVA** 6 - CPF: **101.301.004-39**
7 - Profissão: **CARREGADOR** 8 - Endereço: **SÍTIO DO RONCA** 9 - Número: **50** 10 - Complemento: **CASA = A**
11 - Bairro: **PARATIBÉ** 12 - Cidade: **PAULISTA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53.400-000**
15 - E-mail: **balbinoespe@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(01) 3538-0069**

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **077**

AGÊNCIA: **0001** **9** CONTA: **6519771** **2**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **ABREU E LIMA - PE, 09/07/2020**

Edvaldo Rodrigues da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: CARGA/DESCARGA
Identidade: 8.533.779 SDS/PE CPF: 101.301.004-39
Endereço: SITIO DO RONEA N° 50-A, PARATIBÉ,
PAULISTA/PE. CEP. 53.400-000.

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 15/12/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



A. E. Silva 15/01/2020

Local e data

✓ Edvaldo Rodrigues da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

