
Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061558

Vítima: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061558

Vítima: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061558

Vítima: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 000001001125-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.547.804-71 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ CARLOS DE LIMA FERREIRA

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

5 - Nome completo: JOSÉ CARLOS DE LIMA FERREIRA 6 - CPF: 044.547.804-71
7 - Profissão: ENCANADOR 8 - Endereço: DOMINGOS JOSÉ DE LIMA 9 - Número: 117 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: CALUMBI - 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.930-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87 99998-1477

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: 0586 0 CONTA: 1001125 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CALUMBI - PE - 20/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) José Carlos de Lima Ferreira
42 - Assinatura do Procurador (se houver) Jorge Carlos Melo Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267004724**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/11/2019** às **11:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **10/11/2019** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, RODOVIA PE-320 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
MURILO FAGNER PEREIRA DE SÁ (OUTRO)
JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

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

JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FÁTIMA DE LIMA FERREIRA Pai: LUIZ JOÃO FERREIRA Data de Nascimento: 24/1/1984 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 03278768833 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ENCANADOR(A)
Endereço Residencial: **RUA DOMINGOS JOSE DE LIMA, 117 - CEP: 0 - Bairro: DOUTOR FRANCISCO SIMÕES DE LIMA - CALUMBI/PERNAMBUCO/BRASIL**

MURILO FAGNER PEREIRA DE SÁ (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MURILO FAGNER PEREIRA DE SÁ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDQ7725** (PERNAMBUCO/CALUMBI) Renavam: **115260848** Chassi: **9C2KD0810JR034736**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE, JOSÉ CARLOS DE LIMA FERREIRA, PARA COMUNICAR O SEGUINTE ACIDENTE DO QUAL ELE FORA VÍTIMA: QUE, NA DATA E HORÁRIO POR ELE INFORMADOS, O MESMO SE ENCONTRAVA NO CLUBE DA TUPAN E, AO TENTAR RETORNAR PARA A SUA CIDADE (CALUMBI), QUANDO TENTAVA ENTRAR NA RODOVIA PE-320 E IR SENTIDO AQUELA CIDADE , PELA MESMA RODOVIA VINHA UM CAMINHÃO NÃO IDENTIFICADO E FAZENDO O MESMO PERCURSO , ESTANDO O CONDUTOR DO REFERIDO CAMINHÃO EM ALTA VELOCIDADE, ENTÃO , AO PEGAR AQUELA RODOVIA , O VEÍCULO CAMINHÃO QUE ESTAVA EM ALTA VELOCIDADE FEZ A ULTRAPASSAGEM NA MOTOCICLETA HONDA BROS DESCRITA NESTE REGISTRO E QUE ELE CONDUZIA, COM ISSO ELE TEMENDO SER ATROPELADO PELO REFERIDO CAMINHÃO , SAIU DA RODOVIA, DESCENDO EM UM BARRANCO. QUE, NÃO SABE INFORMAR NADA SOBRE O CAMINHÃO E NEM SOBRE O SEU CONDUTOR. QUE, FAMILIARES QUE VINHAM LOGO ATRÁS DELE FIZERAM O SEU SOCORRO TRAZENDO A VÍTIMA PARA O HOSPAM ONDE ELE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO PLANTONISTA , DR. NELSON DE CARVALHO FILHO , CONFORME CÓPIA DE BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 61 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. RETIFICO O Nº DO RENAVAM DA MOTOCICLETA HONDA BROS, 1152608484. NADA MAIS, ENCERRO.

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

JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**



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: 044.547.804-71 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ CARLOS DE LIMA FERREIRA

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

5 - Nome completo: JOSÉ CARLOS DE LIMA FERREIRA 6 - CPF: 044.547.804-71
7 - Profissão: ENCANADOR 8 - Endereço: DOMINGOS JOSÉ DE LIMA 9 - Número: 117 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: CALUMBI - 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.930-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87 99998-1477

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: 0586 0 CONTA: 1001125 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CALUMBI - PE - 20/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) José Carlos de Lima Ferreira
42 - Assinatura do Procurador (se houver) Jorge Carlos Melo Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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:

27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000001001125-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2702202005000000000023700586000001001125253125 PAGO



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 | Ins. Est. 0005843-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARI, LA FÁBIA PEREIRA DE LIMA

CPF: 034.130.254-51 NIS: 13599301899

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOMINGOS JOSE DE LIMA 117CENTRO CALUMBI
CALUMBI PE
68930-000

7030228531	11/2019
27/11/2019	21/12/2019
200,55	

Nº DA BOMBA D'ÁGUA	DATA	VALOR
005/09/195	UNICA	20/11/2019
Nº DA BOMBA D'ÁGUA	DATA	VALOR
20112019	201206362	032903

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,28247243	7,87
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44895274	31,48
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,87492911	80,99
Consumo Ativo superior a 220 kWh	56,0000000	0,74892123	41,89
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,54
Acrescimo Bandeira VERMELHA			8,58
Contrib. Rum. Pública Municipal			22,19
ICMS Substituição-CDE-NE 077870029-18/09/18			0,81
Multa por atraso-NE 081873854-21/10/18			3,27
Juros por atraso-NE 081873854-21/10/18			1,14
Atualização ICMS-NE 081873854-21/10/18			0,87
TOTAL DA FATURA			200,55

ADMINISTRATIVO DE CONSUMO NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
8003344	CAT	21-10-2018	15.904,00	23-11-2018	16.180,00	30	1,00000		276,00

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)
NOV/18	276
OUT/18	362
SET/18	170
AUG/18	135
JUL/18	147
JUN/18	162
MAY/18	169
ABR/18	165
MAR/18	135
FEB/18	78
JAN/18	71
DEZ/18	82
NOV/18	98

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	172,48	35,80
PIS	172,48	0,80
COFINS	172,48	7,30

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%
Geração de Energia	R\$ 61,49	30,65%
Transmissão	R\$ 8,18	3,57%
Distribuição (Cabo)	R\$ 37,29	18,59%
Perdas de Energia	R\$ 11,77	5,82%
Emissão de Energia	R\$ 3,85	1,92%
Tributos	R\$ 52,01	25,94%
Total	R\$ 193,47	100%

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18123450
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420080
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47123200
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,53367000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de leitura a bandeira amarela se encontra em vigor. Para mais informações, acesse o site www.celpe.com.br. Cálculo de consumo baseado na leitura do medidor no período de 30 dias. O cliente deve estar atento para a leitura correta do medidor e para a leitura correta da fatura. O cliente deve estar atento para a leitura correta do medidor e para a leitura correta da fatura. O cliente deve estar atento para a leitura correta do medidor e para a leitura correta da fatura.

As conexões para o fornecimento de energia elétrica são de responsabilidade do cliente. O cliente deve estar atento para a leitura correta do medidor e para a leitura correta da fatura. O cliente deve estar atento para a leitura correta do medidor e para a leitura correta da fatura.

CONSUMO E TENDÊNCIA DAS DESPESAS	VALOR ADICIONAL	VALOR DE VARIACÃO (R\$)
DIC	0,00	220
PIC	0,00	202
DIAC	0,00	221

CONTA CONTRATO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7030228531	11/2019	27/11/2019	200,55



NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-09 | INSC. EST. 0005843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

CPF: 286.442.044-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
55903-220

ANEXO	NOTA FISCAL	DATA	EMISSÃO
088447878	ÚNICA	16/12/2019	
APRESENTAÇÃO	INSCRIÇÃO	Nº DA INSTALAÇÃO	
16/12/2019	2000530115	3860341	

CONTA CONTRATO	MÊS ANO
1130133025	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
21/01/2020	13/01/2020
231,73	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	250,000000	0,75727874	186,13
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,31
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,88
Contrib. Ium. Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção CDE-NF 080755220-14/10/19			1,51
Doação APAE - 0800 722 2723			16,00
TOTAL DA FATURA			231,73

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (Wh)
180754	CAT	13/11/2019	9.055,00	16/12/2019	33	1.00000	286,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
MÉDIA 12M	BASE DE CÁLCULO	Geração de Energia R\$ 69,58 33,77%
DEZ 19 259	ICMS 206,10 25,00	Transmissão R\$ 7,88 3,39%
NOV 19 244	PIS 206,10 0,44	Distribuição (Celpe) R\$ 49,82 22,82%
OUT 19 233	COPINS 206,10 2,02	Perdas de Energia R\$ 14,68 7,12%
SET 19 157		Encargos Setoriais R\$ 10,34 5,31%
AGO 19 171		Tributação R\$ 58,58 27,48%
JUL 19 159		Total R\$ 206,10 100%
JUN 19 170		
MAI 19 209		
ABR 19 193		
MAR 19 226		
FEV 19 240		
JAN 19 219		
DEZ 19 232		

Reservado ao Fisco
EAB7 E8B5 DB74 B88C 73AC 48FE 82E1 BFCC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você! Formas de pagamento: Internet (Boleto Bancário) ou diretamente no ponto de venda. Não aceite a cobrança de valores extras não autorizados. O cliente é responsável por manter o medidor em boas condições de funcionamento. O cliente deve manter o medidor em boas condições de funcionamento. O cliente deve manter o medidor em boas condições de funcionamento.

TENSÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
BAO	1,23	5,43	10,86	21,72	220	MÍNIMO	MÁXIMO
PIS	1,00	3,30	6,60	13,20			
OMG	1,23	3,11	0,00	0,00			

Limite DCR: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 77,28

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 da 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 GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.547.804 / 71

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.547.804 / 71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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: <u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTOVÃO</u> Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>56.903-220</u>
E-mail: <u>gmgefarseguros@mail.com</u>	Tel. (DDD): <u>87.99998.1472</u>	

Local e Data: SERRA TALHADA-PE 20/01/2020

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



35cm

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 61

Data:	10.11.2019	Idade:	15.47
Nome:	José Carlos de Lima Fereira		
Nome Social:	Professora Encanador		
Nascimento:	24.01.84	Sexo:	masculino
Escolaridade:	Ensino médio incompleto	Responsável:	O mesmo
Mãe:	Márcia de Fátima de Lima Fereira		
Endereço:	Sítio Bom Sucesso		
Bairro:	Zona Rural	Município:	Catumbi
Cartão SUS:	RGCP: 6963253		
Raça/Cor:	Branca	Religião:	Católica

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☒ VERMELHO

☐ AMARELO

Situação/Outros:

PA	Fuço	HGT	T	SPO2	Res	Outros
Medicações em uso						
Interações/efeitos						
Fluxograma				Comentário e Análise		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico: Paciente refere queda de náusea a cada 40-60 minutos. Refere dor em punho D e região lombar.

Tratamento: Rx Punho D AP e Pylor (100cc)
Rx Coluna Lombar AP
Dipirona 1amp IM
Insulizos 1amp IV

Marta das Neves G. Oliveira
Téc. Enfermagem
COREN-349220

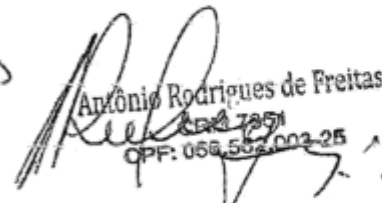
Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 16/11/2019	Atendimento: 0027188	Quarto/leito: 202 / 1
Paciente: 00195057 - JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA		
Cirurgia Realizado: <i>Artroscopia Tornozelo D</i>	N. do Procedimento: <i>0408020407</i>	
Data: <i>16/11/19</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>Antônio</i>		
1º Auxiliar: <i>Antônio</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesiista: <i>Heitor</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Sub pescoço e pescoço MSD, Tórax, Músculo Músculo foco de infecção, Redução e fixação de placa no os. fda KIRSCHNER Tornozelo popl., Pescoço - Tórax seguinte</i>		
 Antônio Rodrigues de Freitas CPF: 056.552.002-25 Assinatura do Cirurgião		



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 16/11/2019	Atendimento: 0027188	Quarto/leito: 202 / 1
Paciente: 00195057 - JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA		
Data Nasc: 24/01/1984	Idade: 35 Anos	Sexo: Masculino
Estado Civil: Casado		
Profissão: ENCANADORES E INSTALADORES DE TUBULACOES	Naturalidade: TRIUNFO	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: LUIZ JOAO FERREIRA	Nome Mãe: MARIA DE FATIMA DE LIMA FERREIRA	
Endereço: SITIO BOM SUCESSO, 0 - ZONA RURAL - SERRA TALHADA - PE		
Telefones: () / (87) 9881.57162 / (87) 8828.1674		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()		
Suicídio () Casual () Outros ()		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FISICO:		
<i>Lesão física no abdômen MS, de fratura de costela esquerda 12ª costela, dor, S. Seguros - fratura MS</i>		
Diagnostico Inicial: <i>FRAT. RABDO @</i>		
ADT:		
Diagnostico Final: <i>Fratura Rabdo @</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada ☒	Descição Médica ☒	Data do Internamento: <i>16, 11, 19</i>
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: <i>19, 11, 19</i>
Piorando ()	Transferencia ()	Local: <i>[Assinatura]</i>
Obito + 48h ()	Evasão ()	Medico Responsavel
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	
Obito em ____ / ____ / ____		
Hora: ____		

Pólo Américo de Souza do Cordeiro
CPF: 024.223.204-00 Data: 18/11/19

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:

11/11/2019 11:21

MÉDICO SOLICITANTE

PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CRM - 16558

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Nº DO PRONTUÁRIO:

642574

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

24/01/1984

SEXO:

Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

MARIA DE FATIMA LIMA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

SÍTIO BOM SUCESSO, ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

SERRA TALHADA

COD. IBGE MUNICÍPIO

2613909

UF:

PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACT, CONSCIENTE, ORIENTADO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO APRESENTA DOR E EDEMA EM BRAÇO DIREITO, NEGA HAS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

EXAME FÍSICO + RAIOS X

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DE RÁDIO DIREITO

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

URGÊNCIA

DOCUMENTO:

() CNS (X) CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

02422320430

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

14/11/19 14:36

TIPO DE LEITO:

CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

ROXANA LUCIA ALENCAR DE OLIVEIRA

DOCUMENTO:

() CNS (X) CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

66668310478

DATA DA SOLICITAÇÃO:

11/11/19 11:21

COD. ÓRGÃO EMISSOR:

CRM 12538

ESCLARECIMENTOS

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução

14/11/19 13:57 JAQUELINE MARIA FERREIRA TRICOTI

Descrição

RESERVO LEITO PARA ORTOEPDIA DA CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

Data/Hora Profissional Evolução

14/11/19 08:32 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição

PACT.SEGUE AGUARDADNO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução

13/11/19 10:14 CLARISSA ROBERTA AZEDO FALCAO

Descrição

ENFA MARCIONE INFORMA QUE PACIENTE AGUARDA VAGA DE CONVENIO. REGISTRADO QUE NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR, NAS REDES PÚBLICAS/CONVENIADAS AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

12/11/19 12:21 REBECA FERNANDA GALVAO DE SIQUEIRA

Descrição

NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR

Data/Hora Profissional Evolução

11/11/19 11:37 MARIANA FERRAZ DA SILVA ROSA

Descrição

SOLICITAÇÃO VISUALIZADA. NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR NESTA ESPECIALIDADE NAS REDES PÚBLICAS E CONVENIADAS AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

11/11/19 11:21 PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

Descrição

Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
11/11/19 11:21	Em digitação	0h:2m:27s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
11/11/19 11:23	Aguardando Regulacao	0h:11m:27s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
11/11/19 11:35	Aguardando Regulacao	0h:0m:17s	ROXANALAO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: ROXANALAO solicitação: 642574
11/11/19 11:35	Regulado	0h:2m:24s	ROXANALAO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
11/11/19 11:37	Aguardando Disponibilidade	74h:18m:40s	MARIANAFSR/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.
14/11/19 13:56	Aguardando Confirmação	0h:40m:7s	JMFT/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO DISPONIBILIDADE para AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO.
14/11/19 14:36	Reserva Confirmada	0h:0m:0s	ADRIANA.CORDEIRO/CA SA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO para RESERVA CONFIRMADA.
14/11/19 14:36	Reserva Confirmada		ADRIANA.CORDEIRO/CA SA DE	Confirmada a disponibilidade pelo usuário: ADRIANA.CORDEIRO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 3 2

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 1 4 0 9 6 7 6 6 5 4 6 3 8

8 - DATA DE NASCIMENTO

24 / 01 / 1984

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

3

11 - NOME DA MÃE

MARIA DE FATIMA DE LIMA FERREIRA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO BOM SUCESSO S/N ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2613909

18 - UF

PE

19 - CEP

5 6 9 0 0 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Doença de Alzheimer, demência, perda de memória, alterações de comportamento, alterações de personalidade, alterações de humor, alterações de apetite, alterações de sono, alterações de higiene pessoal, alterações de cuidados pessoais, alterações de cuidados com a casa, alterações de cuidados com a saúde, alterações de cuidados com a família, alterações de cuidados com a comunidade, alterações de cuidados com a sociedade, alterações de cuidados com o mundo.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉF 2

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Médico Autorizador

XIGERES

Dr. Pereira de Andrade Melo

CPF: 150.970.214-15 CRM: 2803

261390905871-3

02
06.11 a 19.11.19

98845462

9.8828 - 1674



PERNAMBUCO



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

Nome: José Carlos de Lima

Data: 11/11/2019

Ao Hospital
São Vicente

HDX: Fratura de Rádio Direito

- ① Dieta Livre
- ② Dipirona 500mg - VO de 6/6h s/n 96
- ③ Pré-op.
- ④ SSVV + CCGG

11/11/19

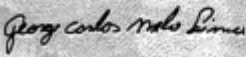
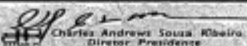
[Handwritten signature]

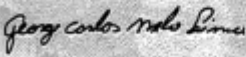
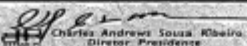
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
RUA DE SÃO VICENTE - OLINDA - RECIFE - PE
51.020-000 - FONE: (51) 3181-1000

NOME
JOSÉ CARLOS DE LIMA FERREIRA
 DATA DE
 NASCIMENTO
27.11.1989
 ENDEREÇO
LUÍZ JOÃO FERREIRA
MARIA DE FÁTIMA DE LIMA FERREIRA
TRIUNFO-PE
 DATA DE
 EMISSÃO
24.01.1984
 C.N. 957 LV. 11 FL. 148 CART. DE JATUCA-
 TRIUNFO-PE
 DIRETORIA DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

NOME
JOSÉ CARLOS DE LIMA FERREIRA
 DATA DE
 NASCIMENTO
27.11.1989
 ENDEREÇO
LUÍZ JOÃO FERREIRA
MARIA DE FÁTIMA DE LIMA FERREIRA
TRIUNFO-PE
 DATA DE
 EMISSÃO
24.01.1984
 C.N. 957 LV. 11 FL. 148 CART. DE JATUCA-
 TRIUNFO-PE
 DIRETORIA DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
 Número
044.547.804-71
 Nome
JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA
 Nascimento
24/01/1984
 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME		GEORGE CARLOS MELO LIMA					
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF		5840550 SSP PE					
CPF		008.475.324-29		DATA NASCIMENTO		03/05/1978	
FILIAÇÃO		GILBERTO CARLOS DE LIMA A MARIA DE LOURDES MELO DE LIMA					
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB.		AB	
Nº REGISTRO		02136855400		VALIDADE		30/06/2022	
				1ª HABILITAÇÃO		18/12/2001	
OBSERVAÇÕES							
EAR CMTX							
							
ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL		SERRA TALHADA, PE			DATA EMISSÃO		24/07/2017
		Charles Andrews Souza Ribeiro Diretor Presidente			23810552568		PE079966268
ASSINATURA DO EMISSOR		PERNAMBUCO					

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME		GEORGE CARLOS MELO LIMA					
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF		5840550 SSP PE					
CPF		008.475.324-29		DATA NASCIMENTO		03/05/1978	
FILIAÇÃO		GILBERTO CARLOS DE LIMA					
		A					
		MARIA DE LOURDES MELO DE LIMA					
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB.		AB	
Nº REGISTRO		02136855400		VALIDADE		30/06/2022	
				1ª HABILITAÇÃO		18/12/2001	
OBSERVAÇÕES							
EAR							
CMTX							
							
ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL		SERRA TALHADA, PE			DATA EMISSÃO		24/07/2017
		 Charles Andrews Souza Ribeiro Diretor Presidente			23810552568		PE079966268
		ASSINATURA DO EMISSOR					
		PERNAMBUCO					

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200061558**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA DOMINGOS JOSE DE LIMA, 117, casa - CENTRO - Calumbi - PE - CEP 56930-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**00** / **PE**] **00**

Data e local do acidente: [**10/11/2019**] **SERRA TALHADA**

Data e local do exame: [**14/02/2020**] **Serra Talhada** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA ARTICULAR DE RADIO DISTAL DIREITO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXÃO E EXTENSÃO NO PUNHO DIREITO

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRURGICO COM OSTEOSINTESE - EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES - ALTA MÉDICA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Ebenone Antonio da Silva - CRM: 15122 - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200061558 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR DE RADIO DISTAL DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXÃO E EXTENSÃO NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO COM OSTEOSINTESE - EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES - ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Carlos de Lima Ferreira, brasileiro(a), estado civil: casado
Profissão: encanador, portador(a) do RG 6.563.789, órgão expedidor SDS/PE
e do CPF: 044.547.804-71 residente no(a) DOMINGOS JOSE DE LIMA-117
nº SIN, bairro: CENTRO, município: CALUMBI - PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor ESP/PE
e do CPF: 008.475.324-29 residente no(a) ANTÔNIO TÔME DE SOUZA
nº 573, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERENA TALEM DA L. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, de vítima JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA
CPF: 044.547.804-71 data do acidente: 10/11/2019 Cobertura: INVALID-2

Local e data:

CALUMBI - PE - 30/04/2020

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI - PE
TIAGO ALVES DOS SANTOS
CALUMBI - PE

Reconheço, por Autenticidade, a firma de: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA; que conferi o/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Calumbi/PE, 16 de janeiro de 2020.
EMOL.: R\$3,71, TSNR: R\$0,62, FERC: R\$0,41, FERM: R\$0,04, FUNSEG: R\$0,08. Fabricia da Silva Ferreira, Escrevente Autorizada.

Selo: 0160242.CVD01202001.00005 16/01/2020 09:14:05
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO (SE HOUVER)

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Carlos de Lima Ferreira, brasileiro(a), estado civil: casado
Profissão: encanador, portador(a) do RG 6.563.789, órgão expedidor SDS/PE
e do CPF: 044.547.804-71 residente no(a) DOMINGOS JOSE DE LIMA-117
nº SIN, bairro: CENTRO, município: CALUMBI - PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor ESP/PE
e do CPF: 008.475.324-29 residente no(a) ANTÔNIO TÔME DE SOUZA
nº 573, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERENA TALENDA L. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, de vítima JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA
CPF: 044.547.804-71 data do acidente: 10/11/2019 Cobertura: INVALID-2

Local e data:

CALUMBI - PE - 30/04/2020

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI - PE
TIAGO ALVES DOS SANTOS
CALUMBI - PE

Reconheço, por Autenticidade, a firma de: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA; que conferi o/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Calumbi/PE, 16 de janeiro de 2020.
EMOL.: R\$3,71, TSNR: R\$0,62, FERC: R\$0,41, FERM: R\$0,04, FUNSEG: R\$0,08. Fabricia da Silva Ferreira, Escrevente Autorizada.

Selo: 0160242.CVD01202001.00005 16/01/2020 09:14:05
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO (SE HOUVER)

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029183/20

Vítima: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

CPF: 044.547.804-71

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA : 044.547.804-71

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: 21/01/2020
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES