

---

**Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190297943**

**Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ**

**Data do Acidente: 05/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADRIANA LEVINA MUNIZ**

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, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297943

Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ADRIANA LEVINA MUNIZ

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

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

|                                                                                                                                       |                         |                          |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima:          | Nome completo da vítima: |              |
|                                                                                                                                       | 043.474.194-90          | ADRIANA LEVINA MUNIZ     |              |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                         |                          |              |
| Nome completo:                                                                                                                        |                         | CPF:                     |              |
| ADRIANA LEVINA MUNIZ                                                                                                                  |                         | 043.474.194-90           |              |
| Profissão:                                                                                                                            | Endereço:               | Número:                  | Complemento: |
| leuro                                                                                                                                 | RUA SÃO PEDRO DE ALDEIA | 125 B                    |              |
| Bairro:                                                                                                                               | Cidade:                 | Estado:                  | CEP:         |
| ALBERTO MATA                                                                                                                          | CAMAGIBO                | PE                       | 57771-760    |
| E-mail:                                                                                                                               | Tel.(DDD):              |                          |              |
|                                                                                                                                       | (81) 98344-2894         |                          |              |

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

**RENDA MENSAL:**

|                                          |                                                      |                                                      |                                                       |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00  | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|                                                                                                               |                                                                   |                                                                  |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) |                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) |                                |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)                                                                       | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               | Nome do BANCO: _____                                             |                                |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                                                  |                                |
| AGÊNCIA: 1028                                                                                                 | CONTA: 127293                                                     | AGÊNCIA:                                                         | CONTA:                         |
| (Informar o dígito se existir)                                                                                | (Informar o dígito se existir)                                    | (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.

## 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.

**EXCELSIOR SEGUROS**  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|                                       |                                                                                                                                                                                                 |                                                              |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima:               | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                     |
| Grau de Parentesco com a vítima:      | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                         | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos?                   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                       | Se tinha filhos, informar quantos:                           |
|                                       | Vivos:                                                                                                                                                                                          | Falecidos:                                                   |
| Vítima deixou nascituro (vai nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                       | Vítima deixou pais/avós vivos?                               |
|                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

|                                                              |                                                |                    |  |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------|--|
| impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, Recife 29/04/19                  | <b>TESTEMUNHAS</b> |  |
|                                                              | Nome:                                          | 1ª   Nome:         |  |
|                                                              | CPF:                                           | CPF:               |  |
|                                                              |                                                | Assinatura         |  |
|                                                              | (*) Assinatura de quem assina A ROGO           | 2ª   Nome:         |  |
|                                                              | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | CPF:               |  |
|                                                              |                                                | Assinatura         |  |

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC  
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096002681**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/04/2019** às **09:28**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **5/2/2019** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **BR 408 - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:  
**MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA**  
**MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
EVERALDO FERREIRA DA SILVA ( OUTRO )  
ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS ( VITIMA )  
ADRIANA LEVINA MUNIZ ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELEILDE**  
**VENANCIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **8/2/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **RUA PARNAMIRIM 243 - TIUMA - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ADRIANA LEVINA MUNIZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA AUXILIADORA MUNIZ**  
Data de Nascimento: **26/7/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **RUA SAO PEDRO 125B - ALBERTO MAIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /**  
**PERNAMBUCO / BRASIL**

**EVERALDO FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO**  
**INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**HONDA NRX 150 DE PLACA PFS8523 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EVERALDO FERREIRA DA**  
**SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFS8523** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

**INFORMA A VÍTIMA ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO HONDA NXR 150 DE PLACA PFS 8523 (PROPRIEDADE DE EVERALDO FERREIRA DA SILVA) E NA SUA GARUPA ESTAVA ADRIANA LEVINA MUNIZ, QUANDO UM CARRO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU EM SUA TRASEIRA., SENDO ARREMESSADO CONTRA UM MURO NA CITADA VIA. ALEXANDRO VENANCIO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS, ENQUANTO ADRIANA LEVINA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS.**

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

*x Alexandro Venancio dos Santos*

**ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS**

(VITIMA)

*x Adriana Levina Muniz*

**ADRIANA LEVINA MUNIZ**

(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2019APH000361 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ADRIANA LEVINA MUNIZ, 35 anos, BRASILEIRA(a), DIVORCIADO(a), RG nº 5430213 SSP-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 043.474.194-90, residente à RUA SÃO PEDRO DE ALDEIA, nº 125 B, , ALBERTO MAIA, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 05/02/2019, por volta das 19:16 hs, no endereço: RODOVIA BR 408, S/N, TIUMA SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ADRIANA LEVINA MUNIZ, inscrito sob o CPF nº 043.474.194-90 e Registro Geral nº 5430213, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 710195-3 GERMANO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1079363. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 03/04/2019

*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 2019APH000361*

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

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





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Insc. Est. 5005943-93 | www.celpe.com.br

#### DADOS DO CLIENTE

ADRIANA LEVINA MUNIZ

#### ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SÃO PEDRO DA ALDEIA 125 CS-B

CPF: 043.474.194-90 NIS: 13217094459

CAMARAJIBE/CAMARAGIBE  
CAMARAGIBE PE  
54771-760

#### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE         | EMIÇÃO           |
|-------------------|---------------|------------------|
| 050438755         | ÚNICA         | 13/02/2018       |
| ARREPENDIMENTO    | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 13/02/2018        | 2012530368    | 5738047          |

| CONTA CONTRATO      | MÊS/ANO                       |
|---------------------|-------------------------------|
| 7013388339          | 02/2019                       |
| DATA DE VENCIMENTO  | DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA |
| 25/02/2019          | 15/03/2019                    |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 190,14                        |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                 | QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 30,0000000  | 0,24837771  | 7,45        |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 70,0000000  | 0,42579036  | 29,80       |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 120,0000000 | 0,63889554  | 76,64       |
| Consumo Ativo superior a 220 kWh         | 60,0000000  | 0,70855060  | 56,77       |
| Contrib. lum. Pública Municipal          |             |             | 15,86       |
| Multa por atraso-NF 042888804 - 17/12/18 |             |             | 2,29        |
| Juros por atraso-NF 042888804 - 17/12/18 |             |             | 1,53        |

TOTAL DA FATURA

190,14

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |               |                  |            |               |            |               |
|--------------------------------------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR                              | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSUMO (kWh) |
| 21303048                                   | CA7            | 15/01/2018    | 8.472,00         | 13/02/2018 | 8.773,08      | 29         | 300,00        |

| HISTÓRICO DE CONSUMO |               | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |        | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |       |
|----------------------|---------------|-------------------------|--------|-----------------------|-------|
| Mês/Ano              | Consumo (kWh) | BASE DE CÁLCULO         | %      | VALOR DO IMPOSTO      |       |
| FEV 18               | 300           | ICMS                    | 170,88 | 28,00                 | 43,66 |
| JAN 18               | 391           | PIS                     | 170,54 | 0,11                  | 1,21  |
| DEZ 17               | 219           | COFINS                  | 170,98 | 3,31                  | 5,64  |
| NOV 17               | 186           |                         |        |                       |       |
| OUT 17               | 183           |                         |        |                       |       |
| SET 17               | 148           |                         |        |                       |       |
| AUG 17               | 123           |                         |        |                       |       |
| JUL 17               | 138           |                         |        |                       |       |
| JUN 17               | 187           |                         |        |                       |       |
| MAY 17               | 189           |                         |        |                       |       |
| ABR 17               | 188           |                         |        |                       |       |
| MAR 17               | 141           |                         |        |                       |       |
| FEV 17               | 144           |                         |        |                       |       |

| TARIFAS APLICADAS                        | VALOR      |
|------------------------------------------|------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 0,17522660 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 0,30032660 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,43321600 |
| Consumo Ativo superior a 220 kWh         | 0,50371000 |

| INSCRIÇÃO AO FISCAL                     | VALOR |
|-----------------------------------------|-------|
| BASE BC98 6CDD 34A5 200D 3C1B 13BF C2B5 |       |

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo e sem juros em: www.celpe.com.br. O cliente é responsável por fornecer dados corretos e atualizados para a emissão da conta. O cliente é responsável por fornecer dados corretos e atualizados para a emissão da conta. O cliente é responsável por fornecer dados corretos e atualizados para a emissão da conta.

As informações de fornecimento (tensão, potência, etc.) são fornecidas pelo cliente e não são responsabilidade da CELPE.

| DENSIDADE E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES |                |                   |                  | NÍVEL DE TENSÃO |                    |                        |
|-----------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------------|------------------------|
| CONJUNTO                                | VALOR APLICADO | LIMITE PERMISÍVEL | LIMITE TOLERÁVEL | LIMITE ANUAL    | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
| DIC                                     | 0,00           | 0,00              | 0,00             | 0,00            | 220                | 202 - 231              |
| PIG                                     | 0,00           | 0,00              | 0,00             | 0,00            |                    |                        |
| DMC                                     | 0,00           | 0,00              | 0,00             | 0,00            |                    |                        |

Limite DCM: 0,00 USD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 01,30

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|----------------|---------|--------------------|---------------------|
| 7013388339     | 02/2019 | 25/02/2019         | 190,14              |

83890000001-3 90140011007-0 01338833910-3 13734970273-5



EXCELSIOR SEGUROS  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

**DADOS DO CLIENTE**

ADRIANA LEVINA MUNIZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO PEDRO DA ALDEIA 125 CS- B

CPF: 043.474.194-90 NIS: 13217094459

CAMARAJIBE/CAMARAGIBE  
CAMARAGIBE PE  
54771-760

### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE         | EMIÇÃO           |
|-------------------|---------------|------------------|
| 050438755         | UNICA         | 13/02/2018       |
| ARREBITAÇÃO       | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 13/02/2018        | 2012530368    | 5738047          |

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| COUNTA CONTRATO     | MESIANO                      |
| 7013388339          | 02/2019                      |
| DATA DE VENCIMENTO  | SATA PREVISTA PROXIMA LETURA |
| 25/02/2019          | 15/03/2019                   |
| TOTAL A PAGAR (R\$) |                              |
|                     | 190,14                       |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

|                                          | QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 30,0000000  | 0,34837771  | 7,45        |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 70,0000000  | 0,42579036  | 29,80       |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 120,0000000 | 0,63089554  | 76,94       |
| Consumo Ativo superior a 220 kWh         | 60,0000000  | 0,70955080  | 56,77       |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |             |             | 15,86       |
| Multa por atraso-NF 042088804 - 17/12/18 |             |             | 2,29        |
| Juros por atraso-NF 042088804 - 17/12/18 |             |             | 1,55        |

TOTAL DA FATURA

19014

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |          | ATUAL      |          | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (MM) |
|---------------|----------------|------------|----------|------------|----------|------------|-----------|--------|--------------|
|               |                | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA  |            |           |        |              |
| 31303480      | CA7            | 15/01/2019 | 8.472,00 | 13/02/2019 | 8.773,00 | 29         | 1,00000   |        | 300,00       |

## HISTÓRICO DE CONSUMO

| Month  | Missing data |
|--------|--------------|
| FEB 15 | 280          |
| JAN 15 | 281          |
| DEC 14 | 275          |
| NOV 14 | 186          |
| OCT 14 | 183          |
| SEP 14 | 148          |
| AUG 14 | 152          |
| JUL 14 | 139          |
| JUN 14 | 157          |
| MAY 14 | 150          |
| APR 14 | 168          |
| MAR 14 | 141          |
| FEB 14 | 144          |

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

|   | BARRIO DE CÁLCULO | %     | VALOR IMPORTE |
|---|-------------------|-------|---------------|
| C | 170,88            | 28,00 |               |
|   | 170,64            | 0,71  |               |
|   | 170,88            | 3,31  |               |

### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

|             |    |        |         |
|-------------|----|--------|---------|
| de Energia  | RS | 66,16  | 32,31%  |
| reão        | RS | 8,21   | 4,07%   |
| ão (Cajupé) | RS | 38,84  | 22,78%  |
| de Energia  | RS | 12,21  | 7,19%   |
| Sociedade   | RS | 6,63   | 3,30%   |
|             | RS | 49,51  | 29,01%  |
|             | RS | 174,66 | 100,00% |

## TARIFAS APLICADAS

|                                            |                |
|--------------------------------------------|----------------|
| Consumo Ativo até 10 Unid.                 | R\$ 178.280,00 |
| Consumo Ativo superior a 10 até 100 Unid.  | R\$ 202.260,00 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 Unid. | R\$ 433.880,00 |
| Consumo Ativo superior a 220 Unid.         | R\$ 503.100,00 |

## RESERVADO AO FISCAL

BASE BC98 5CDD 34A5 20DD 3C1B 13BF C2B6

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**PAQUETE DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR**  
 O Pacote de Proteção ao Consumidor, aprovado em 1990, estabelece normas para a defesa dos interesses dos consumidores, incluindo a responsabilidade dos fornecedores de produtos e serviços, a defesa contra práticas comerciais desleais, a defesa contra cláusulas abusivas em contratos de adesão, a defesa contra publicidade enganosa e a defesa contra práticas comerciais agressivas. O Pacote também estabelece a responsabilidade dos fornecedores de produtos e serviços por danos materiais e morais causados aos consumidores.

Ao contrário, o governo não forneceu o Plano de Ação Anticorrupção (PAA) previsto no artigo 134 do novo estatuto, prometido nos serviços públicos e eleições, se não apenas a divulgação, para o público, em nossas unidades de atendimento e na rede [www.casas.gov.br](http://www.casas.gov.br).

## DOMAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

|      | SEMI-ANNUAL | QUARTERLY | QUARTERLY | QUARTERLY |
|------|-------------|-----------|-----------|-----------|
|      | SEMI-ANNUAL | QUARTERLY | QUARTERLY | QUARTERLY |
| DEC  | 0.00        | 0.00      | 0.00      | 0.00      |
| FIC  | 0.00        | 0.00      | 0.00      | 0.00      |
| DMIC | 0.00        | 0.00      | 0.00      | 0.00      |

Limite DCM: 0,00      BUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 01,30

### NÍVELS DE TENSÃO

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

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

|                |         |                    |                     |
|----------------|---------|--------------------|---------------------|
| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
| 7013388936     | 02/2014 | 25/02/2019         |                     |

190 14

83890000001-3 90140011007-0 01338833910-3 13734970273-5



EXCELSIOR SEGUROS  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1596 / 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 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, EVERALDO FERREIRA DA SILVA

RG nº 4774349, data de expedição 70/03/99

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 794546584-68

com domicílio na cidade de SÃO LOURENÇO DA MATA, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DAS VIOLETAS, LOT CAIARA, nº 27

complemento NOVA TIUMA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ADRIANA LEVINA MONIZ, cujo o condutor era

ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXR 150 Ano: 2013

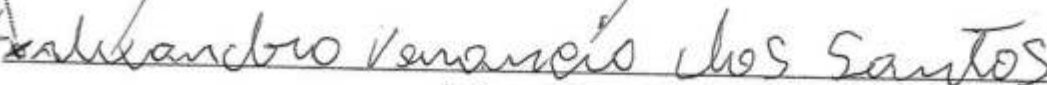
Placa: PFS 8523 Chassi: 9C2KDD540DR773863

Data do Acidente: 05/02/19

Local e Data: SÃO LOURENÇO DA MATA 23-04-2019



Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor

( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE  
Rua Dez de Janeiro, 358 - Centro  
(81) 3519-0217 - [serventianotariais@gmail.com](mailto:serventianotariais@gmail.com)  
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:  
(1) Alexandre Venancio dos Santos, (1) Everaldo Ferreira  
da Silva, São Lourenço da Mata, 23/04/2019, 11:40. DU  
PE. Anna Gabriella Farinha de Medeiros - escrevente  
autorizada, Ao Cartório: R\$ 7,10 - TSNR: R\$ 1,60 -  
PERC: R\$ 0,00 - Total: R\$ 8,70. Selo(s):  
0159493.Y8ND4201902.00054, 0159493.LHP04201902.00055

Consulte Autenticidade em: [www.dpe.jus.br/selodigital](http://www.dpe.jus.br/selodigital)





EXCELSIOR SEGUROS

29 ABR. 2019

SEGURO DPVAT



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 05/02/2019 20:45

Prontuário: 1079363

Nº. Atendimento: 3295469

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:

MEDICO PLANTONISTA

Nome:

ADRIANA LEVINA MUNIZ

Idade:

36 Anos 6 Meses 30 Dias

Nasc.

26/07/1982

Sexo:

FEMININO

CNS:

700108917765517

Contatos:

81. 83442894 | Celular: 81.

Mãe:

MARIA AUXILIADORA MUNIZ

Endereço:

RUA SAO PEDRO, N.º 125 - : BAIRRO: ALBERTO MAIA - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE

## Admissão

### Queixa Principal

TRAUMA NO JOELHO DIREITO

### História Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO COM TRAUMA NO MID ( JOELHO) E TCE, SEM HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCÊNCIA OU VÔMITOS.

### Exame Físico

ORIENTADA, EUPNEICA, EM BOM ESTADO GERAL, ECG:15  
NEGOU CERVICALGIA, MOBILIZA OS 4 MEMBROS ATIVA E PASSIVAMENTE  
MID: FERIMENTO EXTENSO JOELHO DIREITO, MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO  
EM TEMPO: REFERE CEFALÉIA

### Observações

### Conduta

SOLICITO RX  
AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA - CRM: Nº.CRM20910





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ  
Sexo: FEMININO  
Mãe: MARIA AUXILIADORA MUNIZ  
Endereço: RUA SAO PEDRO, N.º 125 - : BAIRRO: ALBERTO MAIA - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE  
Idade: 36 Anos 6 Meses 30 Dias  
Nasc: 26/07/1982  
CNS: 700108917765517  
Contatos: 81. 83442894 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 06/02/2019 09:00  
Prontuário: 1079363  
Nº. Atendimento: 3295704  
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:  
TRAUMATOLOGIA POSTO III-24-02

Médico:  
ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Label

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                          |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| AVISO DE CIRURGIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DATA AVISO CIRURGIA:              | ATENDIMENTO:<br>03295704 | CÓDIGO PACIENTE:<br>01079363 |
| NOME DO PACIENTE:<br>ADRIANA LEVINA MUNIZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SITUAÇÃO CIRURGIA:                |                          |                              |
| TIPO DE ANESTESIA:<br>RAQUI ANESTESIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | COM CEC: NÃO<br>COM ROBÓTICA: NÃO |                          |                              |
| CID FINAL:<br>FERIMENTO DO JOELHO - S810<br>Procedimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                          |                              |
| Material:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                   |                          |                              |
| DATA / HORA INICIAL:<br>06/02/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DATA / HORA FINAL:<br>06/02/2019  |                          |                              |
| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                          |                              |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</li><li>2. ASSEPSIA E ANTCESSPSIA + APOSICAO DE CAMPOS ESTEREIS</li><li>3. EXPLORACAO DE FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO ONDE OBSERVAMOS TENDAO PATELAR INTEGRO</li><li>4. REALIZACAO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO</li><li>5. SUTURA DO FERIMENTO COM FIO NYLON 3.0</li><li>6. CURATIVO</li></ol> |                                   |                          |                              |
| CIRURGIA PROPOSTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |                          |                              |
| DESBRIDAMENTO + SUTURA DE FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |                          |                              |
| CIRURGIA REALIZADA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                          |                              |
| DESBRIDAMENTO + SUTURA FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |                          |                              |
| DIAGNOSTICO INICIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |                          |                              |
| FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                          |                              |
| DIAGNOSTICO CIRURGICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                          |                              |
| FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                          |                              |
| INTERCORRÊNCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                          |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                          |                              |

---

Atendimento: 3295704

Dt Atendimento: 06/02/2019 - 09:00

Dt Alta: 09/02/2019 - 07:51

Paciente: 1079363 ADRIANA LEVINA MUNIZ

---

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 145 TRAU 24-02 - POSTO III

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: ADRIANALS

Diretor Clínico:

CID: L989 AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO, NAO ESPECIFICA

---

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

---

Observação de Alta

---



SES  
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

## RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

LAUDO RADIOLÓGICO

PACIENTE ADRIANA CELIA  
M-12,36. em 11/11/19  
Acidose de 2-4 em 051-2119  
em 11/11/19 de 11/11/19  
exterior. Janela de 11/11/19  
de 11/11/19 de 11/11/19  
Mett de 11/11/19 de 11/11/19  
por 11/11/19 de 11/11/19  
11/11/19 580.0

Data: 1/1/19

161-4119  
Dr. Silvio Macedo  
Ortopedia  
Médico-CRM: 9758

075-HOF

EXCELSIOR SEGUROS  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 05/02/2019 20:45

Prontuário: 1079363

Nº. Atendimento: 3295469

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:

MEDICO PLANTONISTA

Nome:

ADRIANA LEVINA MUNIZ

Idade:

36 Anos 6 Meses 30 Dias

Nasc.

26/07/1982

Sexo:

FEMININO

CNS:

700108917765517

Contatos:

81. 83442894 | Celular: 81.

Mãe:

MARIA AUXILIADORA MUNIZ

Endereço:

RUA SAO PEDRO, N.º 125 - : BAIRRO: ALBERTO MAIA - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE

## Admissão

### Queixa Principal

TRAUMA NO JOELHO DIREITO

### História Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO COM TRAUMA NO MID ( JOELHO) E TCE, SEM HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCÊNCIA OU VÔMITOS.

### Exame Físico

ORIENTADA, EUPNEICA, EM BOM ESTADO GERAL, ECG:15  
NEGOU CERVICALGIA, MOBILIZA OS 4 MEMBROS ATIVA E PASSIVAMENTE  
MID: FERIMENTO EXTENSO JOELHO DIREITO, MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO  
EM TEMPO: REFERE CEFALÉIA

### Observações

### Conduta

SOLICITO RX  
AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA - CRM: Nº.CRM20910





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ  
Sexo: FEMININO  
Mãe: MARIA AUXILIADORA MUNIZ  
Endereço: RUA SAO PEDRO, N.º 125 - : BAIRRO: ALBERTO MAIA - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE  
Idade: 36 Anos 6 Meses 30 Dias  
Nasc: 26/07/1982  
CNS: 700108917765517  
Contatos: 81. 83442894 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 06/02/2019 09:00  
Prontuário: 1079363  
Nº. Atendimento: 3295704  
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:  
TRAUMATOLOGIA POSTO III-24-02

Médico:  
ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Label

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                          |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| AVISO DE CIRURGIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DATA AVISO CIRURGIA:              | ATENDIMENTO:<br>03295704 | CÓDIGO PACIENTE:<br>01079363 |
| NOME DO PACIENTE:<br>ADRIANA LEVINA MUNIZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SITUAÇÃO CIRURGIA:                |                          |                              |
| TIPO DE ANESTESIA:<br>RAQUI ANESTESIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | COM CEC: NÃO<br>COM ROBÓTICA: NÃO |                          |                              |
| CID FINAL:<br>FERIMENTO DO JOELHO - S810<br>Procedimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                          |                              |
| Material:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                   |                          |                              |
| DATA / HORA INICIAL:<br>06/02/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DATA / HORA FINAL:<br>06/02/2019  |                          |                              |
| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                          |                              |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</li><li>2. ASSEPSIA E ANTCESSPSIA + APOSICAO DE CAMPOS ESTEREIS</li><li>3. EXPLORACAO DE FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO ONDE OBSERVAMOS TENDAO PATELAR INTEGRO</li><li>4. REALIZACAO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO</li><li>5. SUTURA DO FERIMENTO COM FIO NYLON 3.0</li><li>6. CURATIVO</li></ol> |                                   |                          |                              |
| CIRURGIA PROPOSTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |                          |                              |
| DESBRIDAMENTO + SUTURA DE FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |                          |                              |
| CIRURGIA REALIZADA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                          |                              |
| DESBRIDAMENTO + SUTURA FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |                          |                              |
| DIAGNOSTICO INICIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |                          |                              |
| FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                          |                              |
| DIAGNOSTICO CIRURGICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                          |                              |
| FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                          |                              |
| INTERCORRÊNCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                          |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                          |                              |

---

Atendimento: 3295704

Dt Atendimento: 06/02/2019 - 09:00

Dt Alta: 09/02/2019 - 07:51

Paciente: 1079363 ADRIANA LEVINA MUNIZ

---

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 145 TRAU 24-02 - POSTO III

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: ADRIANALS

Diretor Clínico:

CID: L989 AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO, NAO ESPECIFICA

---

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

---

Observação de Alta

---



SES  
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

## RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

LAUDO RADIOLÓGICO

PACIENTE ADRIANA CELIA  
M-12,36. em 11/11/19  
Acidose de 2-4 em 051-2119  
em 11/11/19 de 11/11/19  
exterior. 11/11/19 de 11/11/19  
de 11/11/19 de 11/11/19  
11/11/19 de 11/11/19  
11/11/19 de 11/11/19  
11/11/19 de 11/11/19

Data: 1/1/19

101-4119  
Dr. Silvio Macedo  
Ortopedia  
Médico-CRM: 9758

075-HOF

EXCELSIOR SEGUROS  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 5.430.213 DATA DE EXPEDIÇÃO: 20/01/2005

NOME << ADRIANA LEVINA MUNIZ >>

FILIAÇÃO << MARIA AUXILIADORA MUNIZ >>

NATURALIDADE: RECIFE PE DATA DE NASCIMENTO: 26/07/1982

OCCUPAÇÃO: CN 42.527-L-37A-F-256-CART-24ZONA RECIFE-PE-14-12-1982 >>

CPF: 043.474.194-90 ASSINATURA DO DIRETOR: LEONARDO DE SOUZA LIMA

F-14 24200

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-01

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR: Adriana Levina Muniz

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição: 043.474.194-90

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ

Nascimento: 26/07/1982

EXCELSIOR SEGUROS  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 5.430.213 DATA DE EXPEDIÇÃO: 20/01/2005

NOME << ADRIANA LEVINA MUNIZ >>

FILIAÇÃO << MARIA AUXILIADORA MUNIZ >>

NATURALIDADE: RECIFE PE DATA DE NASCIMENTO: 26/07/1982

OCCUPAÇÃO: CN 42.527-L-37A-F-256-CART-24ZONA RECIFE-PE-14-12-1982 >>

CPF: 043.474.194-90 ASSINATURA DO DIRETOR: LEONARDO DE SOUZA LIMA

F-14 24200

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-01

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR: Adriana Levina Muniz

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição: 043.474.194-90

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ

Nascimento: 26/07/1982

EXCELSIOR SEGUROS  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 5.430.213 DATA DE EXPEDIÇÃO: 20/01/2005

NOME << ADRIANA LEVINA MUNIZ >>

FILIAÇÃO << MARIA AUXILIADORA MUNIZ >>

NATURALIDADE: RECIFE PE DATA DE NASCIMENTO: 26/07/1982

OCCUPAÇÃO: CN 42.527-L-37A-F-256-CART-24ZONA RECIFE-PE-14-12-1982 >>

CPF: 043.474.194-90 ASSINATURA DO DIRETOR: LEONARDO DE SOUZA LIMA

F-14 24200

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-01

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR: Adriana Levina Muniz

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição: 043.474.194-90

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ

Nascimento: 26/07/1982

EXCELSIOR SEGUROS  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 5.430.213 DATA DE EXPEDIÇÃO: 20/01/2005

NOME << ADRIANA LEVINA MUNIZ >>

FILIAÇÃO << MARIA AUXILIADORA MUNIZ >>

NATURALIDADE: RECIFE PE DATA DE NASCIMENTO: 26/07/1982

OCCUPAÇÃO: CN 42.527-L-37A-F-256-CART-24ZONA RECIFE-PE-14-12-1982 >>

CPF: 043.474.194-90 ASSINATURA DO DIRETOR: LEONARDO DE SOUZA LIMA

F-14 24200

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-01

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR: Adriana Levina Muniz

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição: 043.474.194-90

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ

Nascimento: 26/07/1982

EXCELSIOR SEGUROS  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144087/19

Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

CPF: 043.474.194-90

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANA LEVINA MUNIZ

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**ADRIANA LEVINA MUNIZ : 043.474.194-90**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

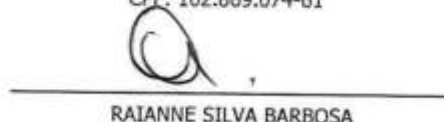
#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/04/2019  
Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ  
CPF: 043.474.194-90

  
ADRIANA LEVINA MUNIZ

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

  
RAIANNE SILVA BARBOSA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190297943 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANA LEVINA MUNIZ **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA, DEBRIDAMENTO E SUTURA DO JOELHO DIREITO)P2

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. SILVIO MACHADO, CRM 9758, DE 16/04/19, PÁGINA 04. "VÍTIMA NECESSITA DE 90 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DA DATA DO ATESTADO MÉDICO".

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144087/19

**Vítima:** ADRIANA LEVINA MUNIZ

**CPF:** 043.474.194-90

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 05/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADRIANA LEVINA MUNIZ

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### ADRIANA LEVINA MUNIZ : 043.474.194-90

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/04/2019  
Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ  
CPF: 043.474.194-90

ADRIANA LEVINA MUNIZ

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA