



Número: **0004227-19.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **16/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68966522	02/10/2020 15:44	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200134320

Vítima: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNILSON POSSIDONIO 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

Carta nº 15669510

Pag. 00057/00058 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200134320

Vítima: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNILSON POSSIDONIO 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\$ 1.518,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer
um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

Valor: R\$ 1.518,75

Banco: 001

Agência: 000000834-6

Conta: 000510027035-3

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,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055 698 244-48 4 - Nome completo da vítima: Edmilson Possidonio 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: Edmilson Possidonio Ferreira 6 - CPF: 055 698 244-48
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua do Cedro 9 - Número: 1204 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Remédios 12 - Cidade: Barueri 13 - Estado: SP 14 - CEP: 55 020-300
15 - E-mail: Ros. Silva Regues@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 181 992 85-3008

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: 0834 6 CONTA: 510 027 035 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barueri - 10-03-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







file:///C:/Users/linv/Linha/Policial/BOE/Preview/Print

12/03/2020



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POLICIA POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRICAO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E2106000136

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/03/2020 às 15:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/11/2019 às 18:23

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01 - Bairro: RIACHÃO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A ANTIGA FÁBRICA DE SABÃO**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDNILSON**

POSSIDONIO FERREIRA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **JOSEFA MARIA DOS SANTOS** Pai: **JOSÉ POSSIDONIO FERREIRA** Data de Nascimento: **14/8/1986** Naturalidade: **SAO JOAQUIM DO MONTE / PERNAMBUCO / BRASIL**Documentos: **06669824448 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COMERCIANTE**

Telefones Celulares:

- 81996363651Endereço Residencial: **RUA DO CEDRO, 1204, RENDEIRAS - CEP: 55000-000 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL****DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido**Mãe: **DESCONHECIDA** Pai: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**Escolaridade: **DESCONHECIDO****Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)****VEÍCULO 01 (VEÍCULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KFYB278 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **986944595** Chassi: **9CDNF41LJ8M212465**

Ano Fabricação/Modelo:

2008/2008Descrição: **A REFERIDA MOTOCICLETA PERTENCE AO SENHOR REGINALDO GUEDES DA SILVA**

Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE CONDUZIA O VEÍCULO ORA DENOMINADO DE VEÍCULO 01, QUANDO EM DADO MOMENTO DESVIOU A ATENÇÃO DA VIA E COLIDIU COM O VEÍCULO DO AUTOR DESTA BO., QUE CONDUZIA O VEÍCULO ORA DENOMINADO DE VEÍCULO 01. ELE VÍTIMA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DA RENDEIRAS, E TRANSFERIDO PARA O HRA., SENHA N°5826108, E PRONTUÁRIO MÉDICO N°349485, COM FRATURA EXPOSTA EM 5° PDD, AINDA INFORMA À VÍTIMA QUE ÀS DECLARAÇÕES ORA PRESTADAS NESTE BO., SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS MESMAS, E QUE TAL REGISTRO PRETENDE O FATO DELE VÍTIMA ACIONAR O SEGURO DPVAT. DIANTE DO EXPÓSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA
(VÍTIMA)

Ednilson, Possidonio, Ferreira

B.O. registrado por: **CARLOS ALBERTO DA SILVA MELO** - Matrícula: **3809382**



Carlos Alberto da Silva Melo
Comissário Especial de Polícia
Mat. 380.938-2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 055 698 244-48 4 - Nome completo da vítima: Edmilson Possidônio 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: Edmilson Possidônio Ferreira 6 - CPF: 055 698 244-48

7 - Profissão: Recusar 8 - Endereço: Rua da Cadeia 9 - Número: 1204 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Remédios 12 - Cidade: Barueri 13 - Estado: SP 14 - CEP: 55 020-300

15 - E-mail: Ror. Silva Regues@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 181 992 85-3008

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\$1.000,00 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: 0834 6 CONTA: 510 027 035 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34 - Imagem digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barueri - 10-03-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	08/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.518,75
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00834-6

CONTA: 000510027035-3

Nr. da Autenticação 693DA6FA69D48823





NOTA FISCAL / LEITURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 000943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

DAMIANA FREIRE FELIX

CPF: 045.677.544-00 NIS: 21230893816

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BOMBA D'ÁGUA COM NIS
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO CEDRO 1204 AP-1AND

RENDENAS/CARUARU
CARUARU PE
55020-300

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4010906445	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO
20/12/2019	11/01/2020
27,85	

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000000	0.16790701	5,03
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	46.000000	0.32212630	15,46
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,22
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
Multa por atraso NF 08059034 - 11/10/19			0,82
Juros por atraso NF 08059034 - 11/10/19			0,33
Atualização IGPM NF 08059034 - 11/10/19			0,18

TOTAL DA FATURA 27,85

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
21601174	CAT	13/11/2019	4.048,00	14/12/2019	4.127,00	32	1.0000		79,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
DEZ 18 76	ICMS
NOV 18 58	PIS
OUT 18 99	COPIS
SET 18 91	
AUG 18 88	
JUL 18 30	
JUN 18 36	
MAY 18 74	
ABR 18 66	
MAR 18 145	
FEV 18 136	
JAN 18 127	
DEZ 18 141	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por favor, não pague esta conta por depósito em nome de terceiros. O cliente é responsável por verificar a validade da leitura e a emissão da conta. O cliente é responsável por verificar a validade da leitura e a emissão da conta. O cliente é responsável por verificar a validade da leitura e a emissão da conta.

DURAÇÃO E TENSÃO DAS INTERURTIÇÕES	NÍVEL DE TENSÃO
DIÁRIO	220
SEMANAL	220
TRIMESTRAL	220
ANUAL	220

DURAÇÃO E TENSÃO DAS INTERURTIÇÕES	NÍVEL DE TENSÃO
DIÁRIO	220
SEMANAL	220
TRIMESTRAL	220
ANUAL	220

DURAÇÃO E TENSÃO DAS INTERURTIÇÕES	NÍVEL DE TENSÃO
DIÁRIO	220
SEMANAL	220
TRIMESTRAL	220
ANUAL	220

DURAÇÃO E TENSÃO DAS INTERURTIÇÕES	NÍVEL DE TENSÃO
DIÁRIO	220
SEMANAL	220
TRIMESTRAL	220
ANUAL	220

DURAÇÃO E TENSÃO DAS INTERURTIÇÕES	NÍVEL DE TENSÃO
DIÁRIO	220
SEMANAL	220
TRIMESTRAL	220
ANUAL	220

DURAÇÃO E TENSÃO DAS INTERURTIÇÕES	NÍVEL DE TENSÃO
DIÁRIO	220
SEMANAL	220
TRIMESTRAL	220
ANUAL	220

DURAÇÃO E TENSÃO DAS INTERURTIÇÕES	NÍVEL DE TENSÃO
DIÁRIO	220
SEMANAL	220
TRIMESTRAL	220
ANUAL	220

DURAÇÃO E TENSÃO DAS INTERURTIÇÕES	NÍVEL DE TENSÃO
DIÁRIO	220
SEMANAL	220
TRIMESTRAL	220
ANUAL	220

DURAÇÃO E TENSÃO DAS INTERURTIÇÕES	NÍVEL DE TENSÃO
DIÁRIO	220
SEMANAL	220
TRIMESTRAL	220
ANUAL	220





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 - PE, CEP 50050-803
CNPJ 10.835.832/0001-68 | Insc. Est. 0005843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSEMEIRE FORMOSINA DA SILVA

CPF: 628.452.904-04 NIS: 12419398493

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RICARDO PILAR 332

SAO FRANCISCO/CARUARU
CARUARU/PE
55000-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BARRA RENDA COM NIS
Monofásico

DATA INICIAL	DATA FINAL	PERÍODO
09/23/2020	11/01/2020	UNICA
11/01/2020	11/01/2020	1002264870

CONTRATO	DATA DE VIGÊNCIA
0820850017	01/2020
17/01/2020	08/02/2020
TOTAL A PAGAR	111,69

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,13645746	4,09
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,23397709	16,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	80,0000000	0,35080093	28,07
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,12568468	3,76
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,21525375	15,06
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	80,0000000	0,32289062	25,83
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,37
Contrib. Sum. Pública Municipal			11,19
ICMS Subvenção-CDE-NF 094441800-12/11/19			0,70
ICMS Subvenção BARRA Renda			1,22
Multa por atraso-NF 094441800-12/11/19			1,82
Juros por atraso-NF 094441800-12/11/19			0,91
Atualização IGPM-NF 094441800-12/11/19			0,20

TOTAL DA FATURA

111,69

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
313043149	CAT	14-12-2019 13.094,00	11-01-2020 13.244,00	28	1,0000		150,00

DESCRIÇÃO DO CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)
JAN 20	180
DEZ 19	182
NOV 19	171
OUT 19	185
SET 19	173
AGO 19	178
JUL 19	174
JUN 19	174
MAY 19	180
ABR 19	187
MAR 19	151
FEV 19	178
JAN 19	188

DESCRIÇÃO DE PREÇOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	23,06
PIS	0,50	0,35
COFINS	4,15	3,26

DESCRIÇÃO DE PREÇOS

Descrição	Valor	Porcentagem
Geração de Energia	R\$ 32,41	33,81%
Transmissão	R\$ 3,60	3,77%
Distribuição (Celpe)	R\$ 21,84	22,88%
Perdas de Energia	R\$ 5,88	7,30%
Encargos Setoriais	R\$ 2,13	2,33%
Tributos	R\$ 30,69	30,03%
Total	R\$ 96,55	100%

TARIFAS APLICADAS

Tarifa	Valor
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,23397709
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,35080093
Consumo-TE até 30 kWh	0,12568468
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,21525375
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,32289062

NOTAS DE ACOMPANHAMENTO

362A 302B 093B EC02B 7RED 2181 7CBA 7C1B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Fatura emitida em nome do titular da Tarifa Social de Energia Elétrica. O consumidor deve manter a fatura em vigor, atualizando-a sempre que necessário. Caso a fatura não seja atualizada, o consumidor poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve manter a fatura em vigor, atualizando-a sempre que necessário. Caso a fatura não seja atualizada, o consumidor poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

DATA DE VENCIMENTO	DEBITO	CREDITO	VALOR
20/12/19	11/01/20	110,67	

DESCRIÇÃO DA TENSÃO

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CARUARU	0,30	0,30	10,18	20,30
PIO	0,30	0,31	8,23	12,45
DMC	0,30	2,86	0,30	0,30

LIMITE DCM: 12,23 R\$ - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 33,94



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: 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 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/BIBLIOTECASWEB/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 de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.170.884 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edmilson Pericidonio Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.698.244 / 48

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Edmilson Pericidonio Ferreira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.698.244 / 48 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA RICARDO PILAR	Número: 332	Complemento: CASA
Bairro: SÃO FRANCISCO	Cidade: CARUARU	Estado: PE
E-mail: rose.silva.seguros@hotmail.com	CEP: 55.000-000	Tel.(DDD): 81 99285-3008

Local e Data: CARUARU, 10-03-2020

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

22/11 Verificando lesão por queda de altura
20/9 cur. Int. de 1º grau, ant. 1º de 5º FDD
Verificada lesão de 1º de 5º FDD
com dor no membro. No comparecimento
deu-se o curativo de 1º de 5º FDD
no membro.

22 NOV. 2019

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento: _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

22/11/2019 18:23:41

2 de 2

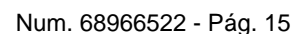
Usuario do Atendimento
JOSEFAAS



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Clinica: _____ Leito Nº: _____

Dr. Marcos Heringer
Traumato - Ortopedista
CRM-PE 23501/EOT 16190



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente: Registro Nº:

Clinica: Leito Nº:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
23/11/19	Boon	+ <u>Transfusões</u> As Juntas 5º e 6º + Notado em Perna direita estável. sem dor no membro. Joelho em folha com 1º e 2º Articulação e 3º e 4º membros A seguir. Perna 2º e 3º membros 29/11/19 Retorção no 4º 5º membros Dor no 1º e 2º membros Dr. Alfredo Lourenço Ortopedia - Dor CRM-PE 21980

Dr. Luis Edline Lerra
Traumatologia / Ortopedia
Cirurgião de Mão
CRM 12776-PE / RCD 14238 / SBCM



EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

14/08/1986

ID: 349485

Male

33 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO ...

Ac. Nb: 321844

Acq.: 13/01/2020

Acq.: 09:12:33

10 cm

AP

RDIR

Frame: [1] 1/1

Zoom: 18.8%

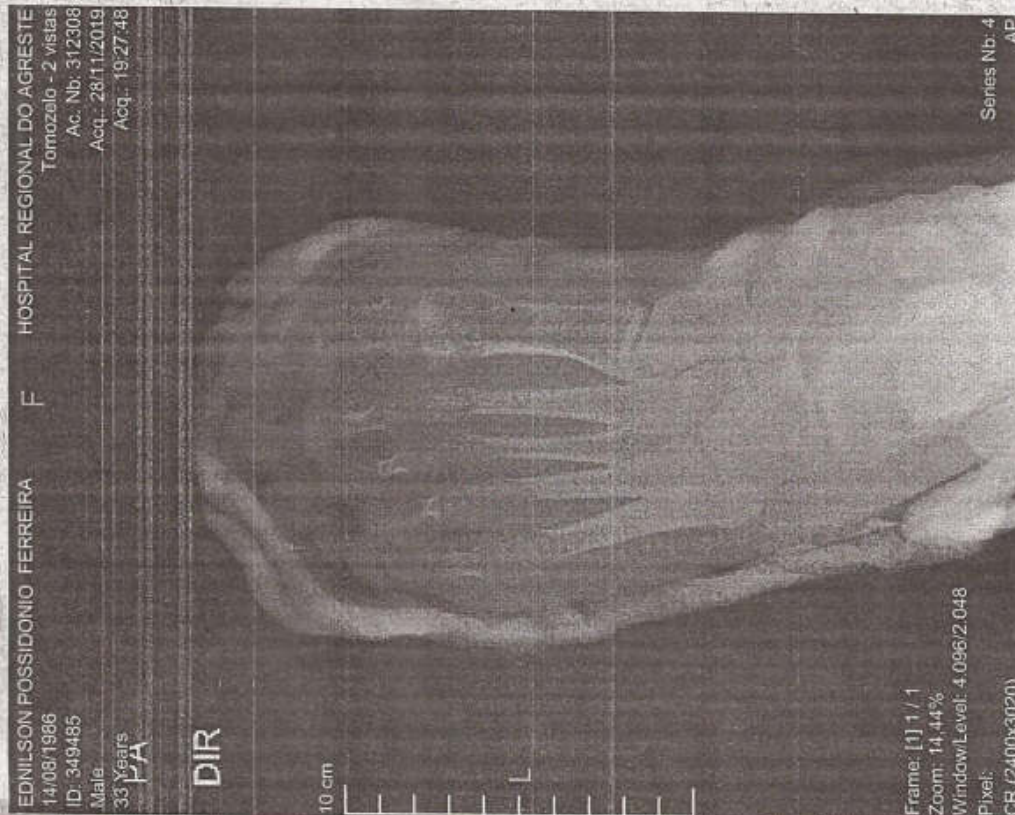
Window/Level: 4.096/2.048

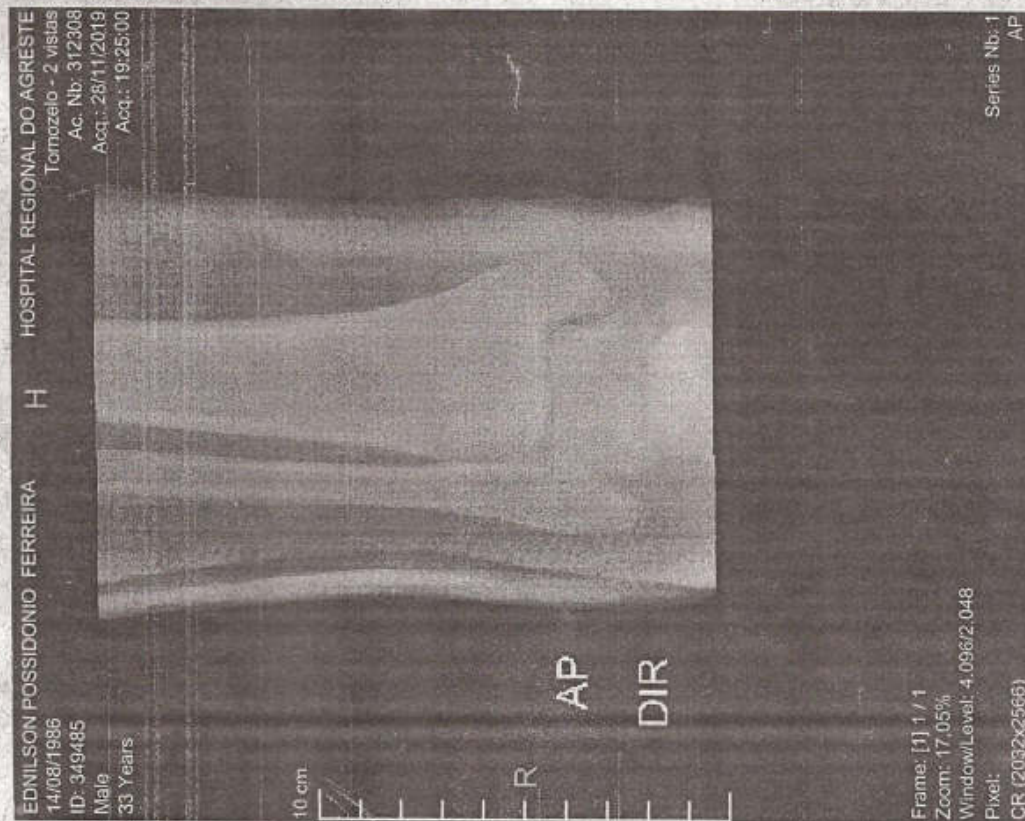
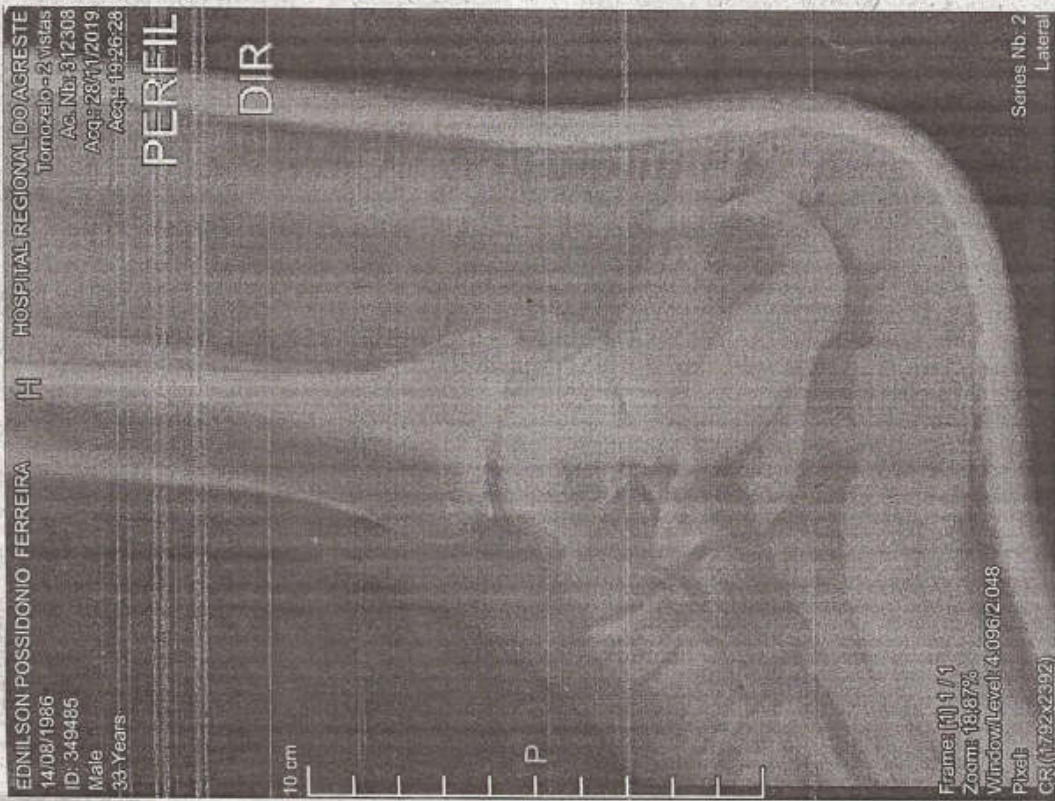
Pixel:

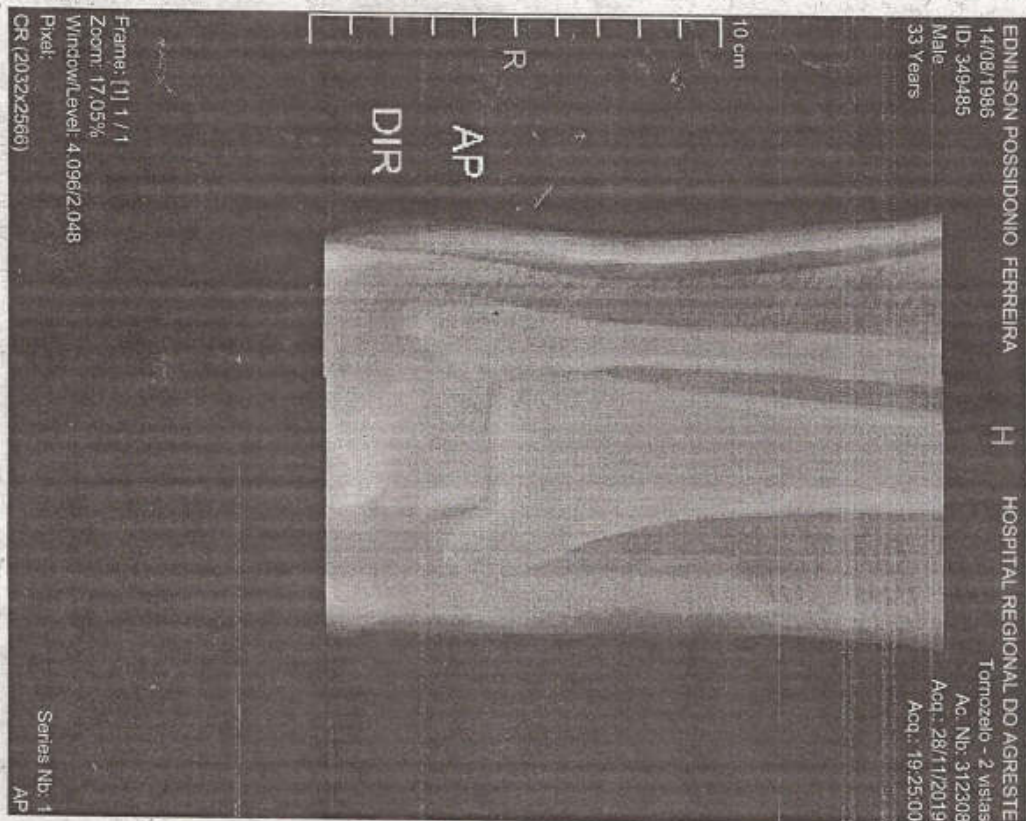
CR (2400x3020)

Series Nb: 1

AP







EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA
14/08/1986
ID: 349485
Male
33 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO

Ac. Nb: 321844
Acq.: 13/01/2020
Acq.: 09:13:45

10 cm

PERFIL
DIR

P

Frame: [1] 1/1
Zoom: 18,8%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel:
CR (2400x3020)

Series Nb: 2
Lateral





CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

NOME: Edilson Brindório Ferreira IDADE: 33 anos
REGISTRO: _____ HORA: _____ : _____ DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 / _____

HISTÓRIA ATUAL:

Paciente vítima de acidente automobilístico, com dor e
edema em tornozelo e pé D, com fr de
metacarpo ext. e fr de 5º PDD dire e fechamento
locais

EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

@ Fr Malido
@ Fr Exposta 5º PDD ?

CONDUTA:

@ Enc. para avaliação de traumatologista

TRANSFERIDO PARA: HRA SENHA: SB20108

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM _____ NÃO _____

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 1 / 1 / _____





SL's

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença de Alzheimer no 5º ADL há 2 dias após
colisão moto-carro.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quadro clínico de Alzheimer

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

Rx + Aumento + Hx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Doença de Alzheimer 5º ADL

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)

27 NOV 2019

27 NOV 2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

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 - Cód. 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)



Para retir

Data: 22/11/2019 18:15

Paciente: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

Data de Nascimento: 14/08/1986

Sexo: Masculino

Idade: 33

Senha: U0024

Convênio:

Atendimento:

SAME:

Período: 22/11/2019 18:16 - 22/11/2019 18:17

ANDREA KAROLINY SOUZA SILVA - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM TORNO DO D. APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM 5º PDD.

Observação: COM SENHA: 5820108

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ANDREA KAROLINY SOUZA SILVA - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/11/2019 18:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Ednilson Dorado da Costa N.º do Registro: 10000000000000000000

Clínica: Ortop. N.º do Leito: 10000000000000000000

Operador: Dr. Clerton

1.º Assistente: 2.º Assistente:

Instrumentador: Anestesista:

Anestesia: Local Duração:

Data da Operação: 09/01/2020 Início: Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura Exposta 5.º PDD

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: Limpeza cirúrgica

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Retorno DDH, sob anestesia local
Antissepsia + Amálgam + Aplicação
campos cirúrgicos estéril
Obliquidade Externa Exposta 5.º PDD
Realizada Limpeza cirúrgica com
eliminação do tecido necrótico +
+ irrigação com 140,9% + Aproximação
por planos + sutura + Curativo
A R P A

Dr. Clerton Dorado da Costa
Médico
CRM: 20000

12/01/2020



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: *Fednilson Dourado dos Reis* Nº do Registro:Clínica: *Ortop.* Nº do Leito:Operador: *Dg. Cleiton*

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: *Local*

Duração:

Data da Operação: *09/01/2020* Início: Término:Diagnóstico Pré-Operatório: *Fratura Exposta 5º PDD*

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: *Limpagem cirúrgica*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

*Retornar DDI, sob anestesia local
Pintimérica + PMA + Apoiar
campos cirúrgicos e trocar
Oblução Exposta 5º PDD
Exatidão Limpeza cirúrgica com
Pintimérica + PMA + Apoiar
+ irrigação com ACS, 5º + PMA +
Mocim para + Sutura + Curativo
Curativo
PMA +*

*[Assinatura]**12/01/2020*

41



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CERAL 7.149.904 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/04/2011

NOME << EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA >>

PRENOME << JOSÉ POSSIDONIO FERREIRA >>
<< JOSEFA MARIA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE SÃO JOAQUIM DO MONTE - PE DATA DE NASCIMENTO 14/08/1986

DOC ORIGEM << CN.6417 L.154 F.36V CART. DIST. IUITEPORÁ-BONITO-PE 16.10.1986 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/08/83 F-43 54 312 - 4121

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO LAVAREDES FILHO

00 R 20

IMAGEM DIREITA

Ednilson Possidonio Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
055.698.244-48

Nome
EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

Nascimento
14/08/1986

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
01/11/2007

BANCO DO BRASIL



DETRAN - PE		Nº 014206949936	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C	EXERCÍCIO
1	986644595	*****	2019
NOME			
REGINALDO GUEDES DA SILVA			
CARUARU-PE 0			
CPT / CNPJ		PLACA	
217.077.158-15		KEV8270	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
***** / PE		9CDNF41LJ8M212465	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
JTB / SUZUKI EN125 YB2		2008	2008
CAP. / POT. / OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P / 125CL	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
IPVA 2019 QUITADO	1ª *****		
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *****	
1	*****	3ª *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	80.43	13/02/19
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCIAME			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOTE		DATA	
CARUARU		25/03/19	
Roberto Carlos Moreira Fontelle			
DIRETOR PRES		EXPEDIDOR	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200134320 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA **Data do acidente:** 22/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL E DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TORNOZELO E CIRÚRGICO DO PÉ.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO E 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO E MODERADO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			11,25 %	R\$ 1.518,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105235/20

Vítima: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

CPF: 055.698.244-48

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA : 055.698.244-48

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: 30/03/2020
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Edmilson Possidonio Ferreira
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Recuso,
RG nº 7149904, CPF/MF nº 055 698 244-48, com
endereço residencial na Rua: do Cedro - 1204
Rendeirinas
Baruara - PE

OUTORGADO:

Nome: _____
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, RG nº 9000-356,
CPF/MF nº 029 170 884-70, com endereço residencial na
Rua: Ricardo Pilon, 332
São Francisco
Baruara - PE

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT, por natureza Invalidz da Vítima Edmilson Possidonio Ferreira CPF 055 698 244-48 e cujo Sinistro ocorrido no dia _____.

Baruara, 10 de Março de 2020.



x Edmilson Possidonio Ferreira

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105235/20

Vítima: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

CPF: 055.698.244-48

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA : 055.698.244-48

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: 30/03/2020
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

