
Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080625

Vítima: GILIADE JONAS BRASIL

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILIADE JONAS BRASIL

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, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080625

Vítima: GILIADE JONAS BRASIL

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILIADE JONAS BRASIL

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GILIADE JONAS BRASIL

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000000773

Conta: 0000060464-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 097.680.144-23 4 - Nome completo da vítima: GILIADE JONAS BRASIL

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

5 - Nome completo: GILIADE JONAS BRASIL 6 - CPF: 097.680.144-23
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA JIRNINO DE BARROS 9 - Número: 156 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: CORDEIRO 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50680-160
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 0773 CONTA: 60464
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ 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, RECIFE, 07 DE FEVEREIRO DE 2010

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



578555
0065172/20



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0102000167

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/01/2020 às 10:52

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 26/6/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHAES, 1** - Bairro: **DERBY - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GILIADE JONAS BRASIL (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): GILIADE JONAS BRASIL

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

GILIADE JONAS BRASIL (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA Data de Nascimento: 19/5/1994 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA FIRMINO DE BARROS, 166 - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **GILIADE JONAS BRASIL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILIADE JONAS BRASIL**
Categoria/Marca/Modelo: **BIKE FIXA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

.....
INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA E HORA CITADOS, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, NÃO IDENTIFICADA, QUANDO TRANSITAVA COM SUA BICICLETA, CAINDO NA VIA, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DA CAXANGÁ, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS COM FRATURA NO COTOVELO DIREITO, ONDE FOI CIRURGIADO. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL. CASO AFETO A DELEGACIA DO CORDEIRO.

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

.....
x *Gilvane Jones Brasil*
GILVANE JONAS BRASIL
(VITIMA)


B.O. registrado por: **CLAUDÊNIO CALIXTO DE PONTES** - Matrícula: **151806-2**

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: 097.680.144-23 4 - Nome completo da vítima: GILIADE JONAS BRASIL

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

5 - Nome completo: GILIADE JONAS BRASIL 6 - CPF: 097.680.144-23
7 - Profissão: RECUZO 8 - Endereço: RUA FIRMINO DE BARROS 9 - Número: 156 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: CORDEIRO 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50680-160
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

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:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 0773 CONTA: 60464
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ 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, RECIFE, 07 DE FEVEREIRO DE 2010

Gilade Jon Brasil
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Amor myra de Oliveira
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Nome:
288472-GILIADE JONAS BRASIL

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-988553045

Mãe:
MARIA DE FATIMA DA SILVA

Idade: Nascimento:
25a 5m 3d 19/05/1994

Endereço:
RUA FIRMINO DE BARROS, 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

Data do Atendimento: 26/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316779

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO HA CERCA DE 2 HORAS APRESENTANDO DOR EM COTOVELO DIREITO: SEM SINAIS DE TCE. NEGE DOR CERVICAL E OU BACIA.

EXAME FÍSICO:

DOR E EDEMA EM COTOVELO DIREITO + ADM LIMITADA, NO ENTANDO, COM EXTENSAO ATIVA COMPLETA DO COTOVELO
RX: FRATURA SEM DESVIO E INCOMPLETA DO OLECRANO DIREITO
INFORMADO AO PACIENTE A IMPORTANCIA DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, O MESMO FICANDO CIENTE DESSA IMPORTANCIA

DIAGNÓSTICO:

FRATURA?

UPA24h
CAXANGÁ 24h
Dr. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11.727

Nome:

288472-GILIADE JONAS BRASIL

Sexo:

Contatos:

MASCULINO

/ 81-988553045

Mãe:

MARIA DE FATIMA DA SILVA

Idade:

25a 5m 3d

Nascimento:

19/05/1994

Endereço:

RUA FIRMINO DE BARROS, 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

Data do Atendimento: 26/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316779

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

Conduta:

SOLICITO RX
TALA + ORIENTAÇÕES + AÓ AMBULATORIO + ALTA

DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILIADE JONAS BRASIL

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000060464-0

Autenticação:

977F6ECA011C5B39AF194A4BE049F5444E013BD15F0C02FA023E4F2DE7BF7FD1



JOSE JONAS BRASIL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FIRMINO DE BARROS 158

CPF 001-286 187-32

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CORDEIRO/RECIFE
RECIFE PE
50830-160

OUTLINE

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
040491342	UNICA	14/01/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/01/2019	2000313701	2890712

CONTA CONTRATO
0416262020
DATA DE VENCIMENTO
08/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)
138,59

Consumo Abaixo (L/Wh)
Contrib. Aut. Pública Municipal
ICMS Subvenção CDE-MF 038931735-13/11/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
160,000000	0,71978022	115,16
		22,73
		0,70

TOTAL DA FATURA

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		IP DE DGS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
81010535	CAT	18-12-2018	28 075,00	14-01-2019	28 135,00	305	1,00000		160,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	RS	%
Geração de Energia	37,31	39,40%
Transmissão	5,53	5,80%
Distribuição (Carga)	25,34	26,44%
Perdas de Energia	8,13	8,55%
Energias Sotilíeis	8,80	9,22%
Tributais	31,78	33,39%
Total	95,89	100%

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	RS	%
Geração de Energia	37,31	39,40%
Transmissão	5,53	5,80%
Distribuição (Carga)	25,34	26,44%
Perdas de Energia	8,13	8,55%
Energias Sotilíeis	8,80	9,22%
Tributais	31,78	33,39%
Total	95,89	100%

7C57 DEAF BAMB 3B25 868C 1F35 2876 A47C

Agradecemos a todos os nossos parceiros e colaboradores que nos permitiram realizar este projeto. Agradecemos também a todos os nossos clientes e parceiros que nos permitiram realizar este projeto. Agradecemos também a todos os nossos clientes e parceiros que nos permitiram realizar este projeto.


As condições para um desenvolvimento sustentável, bem como a promoção de uma cultura de paz, são temas de grande importância para a sociedade brasileira. Para mais informações, consulte o site www.caleo.com.br

CONTO	VALOR APURADO POR C/DO	DEBITO MONETARIO	CREDITO MONETARIO	DEBITO ANUAL	CREDITO ANUAL
DOO	0,00	4,85	5,91	15,82	
PIB	0,00	3,17	6,35	12,76	
INQD	0,00	2,77	0,00	0,00	

Valor do encargo por mês de 0,00

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	INVERNO	VERÃO
220	202	231

Adesione alla Rete per la Rete del Sistema del Sistema - 03.04.00

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																											
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50150-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03		 CELPE www.celpe.com.br			Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5598 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																						
DADOS DO CLIENTE AMARO MANOEL DE OLIVEIRA PROX AO VIADUTO DE JARDIM S.PAULO CPF: 101.968.094-20		DATA DE VENCIMENTO 26/12/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 27,21	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/12/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/12/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 087738072	CONTA CONTRATO 004007535266 Nº DO CLIENTE 2930138313 Nº DA INSTALAÇÃO 0933094849																																							
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA LORENA 53 JARDIM SÃO PAULO/RECIFE 50790-030 RECIFE PE		CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofásico RESERVADO AO FISCO EBEQ.7057.822F.C2DA.18E1.559A.985A.3F31																																									
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br																																											
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																											
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																								
Consumo Ativo(kWh)	39,08	0,75727874	29,71																																								
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,57																																								
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,44																																								
ICMS Subvenção-CDE-NF 980828759-88/10/19			3,19																																								
TOTAL DA FATURA			27,21																																								
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																											
ICMS		PIS		COFINS																																							
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%																																							
24,02	25,00	6,00	24,02	0,44																																							
24,02	0,44	0,10	24,02	2,02																																							
24,02	2,02	0,48																																									
EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE. <table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>Vencido</th> <th>De Receber</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25/11/19</td> <td>18/12/19</td> <td>56,32</td> </tr> <tr> <td>22/10/19</td> <td>18/11/19</td> <td>459,05</td> </tr> </tbody> </table> <p>Este consumidor NÃO está sob efeito de débitos anteriores e NÃO contém débitos em discussão judicial. Caso o encerramento do fornecimento ocorra por falta de pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também sofrer cobrança conforme as condições definidas no Art. 96 REN 414/2010. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.</p> <table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>Tarifas Aplicadas</th> <th>HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>0,54933989</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DEZ 19 39</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NOV 19 39</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OUT 19 487</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SET 19 435</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AGO 19 352</td> </tr> <tr> <td></td> <td>JUL 19 245</td> </tr> <tr> <td></td> <td>JUN 19 294</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MAI 19 252</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ABR 19 257</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MAR 19 196</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FEV 19 221</td> </tr> <tr> <td></td> <td>JAN 19 342</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DEZ 19 238</td> </tr> </tbody> </table> <p>Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 96, Resolução ANEEL 414/2010.</p>					Vencido	De Receber	Valor	25/11/19	18/12/19	56,32	22/10/19	18/11/19	459,05	Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	Consumo Ativo(kWh)	0,54933989		DEZ 19 39		NOV 19 39		OUT 19 487		SET 19 435		AGO 19 352		JUL 19 245		JUN 19 294		MAI 19 252		ABR 19 257		MAR 19 196		FEV 19 221		JAN 19 342		DEZ 19 238
Vencido	De Receber	Valor																																									
25/11/19	18/12/19	56,32																																									
22/10/19	18/11/19	459,05																																									
Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO																																										
Consumo Ativo(kWh)	0,54933989																																										
	DEZ 19 39																																										
	NOV 19 39																																										
	OUT 19 487																																										
	SET 19 435																																										
	AGO 19 352																																										
	JUL 19 245																																										
	JUN 19 294																																										
	MAI 19 252																																										
	ABR 19 257																																										
	MAR 19 196																																										
	FEV 19 221																																										
	JAN 19 342																																										
	DEZ 19 238																																										
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL <table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th>Tipo da Função</th> <th>Anterior</th> <th>Atual</th> <th>Nº</th> <th>Constante</th> <th>Ajuste</th> <th>Consumo</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>DATA</th> <th>DATA</th> <th>FASE</th> <th></th> <th></th> <th>KWh</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0000903015355279</td> <td>CAT</td> <td>30/11/2019</td> <td>03/12/2019</td> <td>33</td> <td>1,0000</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table> <p>DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/01/2020</p>					NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº	Constante	Ajuste	Consumo			DATA	DATA	FASE			KWh	0000903015355279	CAT	30/11/2019	03/12/2019	33	1,0000	0,00	0,00															
NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº	Constante	Ajuste	Consumo																																				
		DATA	DATA	FASE			KWh																																				
0000903015355279	CAT	30/11/2019	03/12/2019	33	1,0000	0,00	0,00																																				
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você através: estrada do curado jardim são paulo / farmácia do trabalhador: av Ildefonso 389 anexo lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga, em atraso multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária ao próx. mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.																																											
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES <table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APLICADO</th> <th>MÉDIA MENSAL</th> <th>MÉDIA TRIM.</th> <th>MÉDIA ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIC-Horas sem Energia</td> <td>VARZEA</td> <td>0,00</td> <td>5,07</td> <td>10,15</td> <td>30,30</td> </tr> <tr> <td>FIC-Horas sem Energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>3,39</td> <td>6,47</td> <td>12,00</td> </tr> <tr> <td>DMIC-Duração máxima da interrupção contínua</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>2,46</td> <td>0,00</td> <td>8,00</td> </tr> <tr> <td colspan="6">DICI-Duração de interrupção em dia crítico Unidade DICI: 12,32</td> </tr> </tbody> </table> <p>USUO-Valor de Encargo de Uso = R\$ 0,00 Nota: Consumidor pode solicitar a suspensão das tarifas (RE, FE, TAC) e a taxa de suspensão temporária.</p>					DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL	DIC-Horas sem Energia	VARZEA	0,00	5,07	10,15	30,30	FIC-Horas sem Energia		0,00	3,39	6,47	12,00	DMIC-Duração máxima da interrupção contínua		0,00	2,46	0,00	8,00	DICI-Duração de interrupção em dia crítico Unidade DICI: 12,32														
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL																																						
DIC-Horas sem Energia	VARZEA	0,00	5,07	10,15	30,30																																						
FIC-Horas sem Energia		0,00	3,39	6,47	12,00																																						
DMIC-Duração máxima da interrupção contínua		0,00	2,46	0,00	8,00																																						
DICI-Duração de interrupção em dia crítico Unidade DICI: 12,32																																											
NÍVEL DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>					TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																															
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																										
	MÍNIMO	MÁXIMO																																									
220	202	231																																									
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																											
PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO																																											
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO																																							
004007535266	12/2019	27,21	26/12/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.																																							
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																											



AVISO IMPORTANTE!
 Utilizar a opção "TÍTULO" quando for pagar em terminais de Auto-Atendimento.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, reprimir, examinar e identificar as irregularidades e omissões das atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu AMARO MANOEL DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.968.034-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILADE JONAS BRASIL inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.680.144-23, do sinistro de DPVAT cobertura FUNERAL DE da Vítima GILADE JONAS BRASIL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.680.144-23, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua LORENA</u>		Número <u>50</u>	Complemento
Bairro <u>JARDIM SÃO PAULO</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50790-030</u>
Email <u>LUIZOLIVEIRA177@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 8334-0368</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.8726-5603</u>

RECIFE, 07 de FEVEREIRO de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



Nome:
288472-GILIADE JONAS BRASIL

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-988553045

Mãe:
MARIA DE FATIMA DA SILVA

Idade: Nascimento:
25a 5m 3d 19/05/1994

Endereço:
RUA FIRMINO DE BARROS, 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

Data do Atendimento: 26/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316779

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO HA CERCA DE 2 HORAS APRESENTANDO DOR EM COTOVELO DIREITO: SEM SINAIS DE TCE. NEGE DOR CERVICAL E OU BACIA.

EXAME FÍSICO:

DOR E EDEMA EM COTOVELO DIREITO + ADM LIMITADA, NO ENTANDO, COM EXTENSAO ATIVA COMPLETA DO COTOVELO
RX: FRATURA SEM DESVIO E INCOMPLETA DO OLECRANO DIREITO
INFORMADO AO PACIENTE A IMPORTANCIA DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, O MESMO FICANDO CIENTE DESSA IMPORTANCIA

DIAGNÓSTICO:

FRATURA?

UPA24h
CAXANGÁ 24h
Dr. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11.727

Nome:

288472-GILIADE JONAS BRASIL

Sexo:

Contatos:

MASCULINO

/ 81-988553045

Mãe:

MARIA DE FATIMA DA SILVA

Idade:

25a 5m 3d

Nascimento:

19/05/1994

Endereço:

RUA FIRMINO DE BARROS, 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

Data do Atendimento: 26/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316779

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

Conduta:

SOLICITO RX
TALA + ORIENTAÇÕES + AÓ AMBULATORIO + ALTA

DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

Nome:
288472-GILIADE JONAS BRASIL

Idade: 25a 5m 3d
Nascimento: 19/05/1994

Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-988553045

Mãe:
MARIA DE FATIMA DA SILVA

Endereço:
RUA FIRMINO DE BARROS, 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

Data do Atendimento: 27/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316792

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: FRANCISCO MATHEUS CRM: Nº 25068

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE ENCAMINHADO DA ORTOPEDIA PARA AVALIAÇÃO DE CORTE-CONTUSO EM REGIÃO MANDIBULAR SANGRANTE. RELATA QUE APRESENTOU COLISÃO BICICLETA-MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS. NEGA TCE.

EXAME FÍSICO:

CORTE CONTUSO EM REGIÃO MANDIBULAR COM SANGRAMENTO DISCRETO.

DIAGNÓSTICO:

CORTE EM REGIÃO MANDIBULAR

UPA 24h
CAXANGÁ
Dr. Audrey Bastos
CRM: 11777

Nome:

288472-GILIADE JONAS BRASIL

Sexo:

Contatos:

MASCULINO

/ 81-988553045

Mãe:

MARIA DE FATIMA DA SILVA

Idade:

25a 5m 3d

Nascimento:

19/05/1994

Endereço:

RUA FIRMINO DE BARROS, 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

Data do Atendimento: 27/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316792

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: FRANCISCO MATHEUS CRM: Nº 25068

Conduta:

SOLICITO LIMPEZA PARA AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE SUTURA


FRANCISCO MATHEUS CRM: Nº 25068

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-06-26 23:09:09

Nome Paciente: GILIADE JONAS BRASIL
Cód. Paciente: 288472
Data de Nascimento: 19/05/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: OR0055
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1316779
SAME:



Período: 2019-06-26 23:09:09 - 2019-06-26 23:13:05

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

COLISAO BICICLETA -MOTO E DOR EM COTOVELO DIREITO

Observação:

ALERGIA -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-10-21 07:41:29



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: GILIADE JONAS BRASIL

1. Ocorrência da Emergência:

1.1 - Atendimentos em: 23/08/19

1.2 - Às horas e minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1123686

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em: 06/09/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO OLECRANO DIREITO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 02/09/19 – REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO DE FIOS DE AÇO.

5. Observação: COLISÃO BICICLETA X MOTO EM 26/06/19.
TRATAMENTO CONSERVADOR.
NÃO EVOLUIU COM SUCESSO.

DATA: 13.12.2019

HORA: 14:37:30

PASTA: 01.12.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.



HOSPITAL GETULIO VARGAS ADMISSAO DE PACIENTE



Atendimento: 761435

Especialidade:

Data e Hora: 23/08/2019 15:38

Paciente: 1123686 GILIADE JONAS BRASIL

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 19/05/1994 Idade: 25 anos

Convenio: 1 SUS - INTERNACAO

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Nome do Pai:

Nº Conselho: 27559

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Profissional: MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO

Endereço: RUA FIRMINO DE BARROS

156

Bairro: CORDEIRO

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: MARIZAMVM

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF: 09768014423

Fone: 32299969

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

Clínica: CLINICA TRAUMATOLOGICA

Enfermaria: TRAU 104

Leito: CLTRAU 104-01

CID:

Temperatura: ()

Respiração: ()

Pressão Arterial: ()

Pulso: ()

EVOLUÇÃO

A genitora compareceu ao setor
para pedir o internamento
do paciente em uma das camas do leito.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO:

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.

CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☒ PACIENTE CIRÚRGICO

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

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

Inaci Gomonim dos Prazeres

Av. da General Srs. Maria em - Candeia
Recife/PE - CEP 50.631-040
Fone: (81) 31845600



GILIADE JONAS BRASIL		01123686	203097387380
761435	MASCULINO	25a 3m 18d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE OLECRANO DIREITO

Tratamento:

02/09/19: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIO DE CERCLAGEM E 02 FIOS K

OBS:

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: 01 CP, VO DE 6/6H POR 07 DIAS. ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA EM 2 SEMANAS; 3) FISIOTERAPIA MOTORA, CARGA ZERO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO; 4) CURATIVO DIÁRIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGÊNCIA;

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
23/08/2019	06/09/2019

Dr. Maurício César
Médico
CRM/PE: 27.559

Recife, 06 DE SETEMBRO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

GILIADE JONAS BRASIL		01123686	203097387380
761435	MASCULINO	25a 3m 18d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE OLCRANO DIREITO

Tratamento:

02/09/19: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIO DE CERCLAGEM E 02 FIOS K

OBS:

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: 01 CP, VO DE 6/6H POR 07 DIAS. ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA EM 2 SEMANAS; 3) FISIOTERAPIA MOTORA, CARGA ZERO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO; 4) CURATIVO DIÁRIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGÊNCIA;

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

Dr. Maurício Cezar
Médico
CRM-PE: 27.559

DATA DA INTERNAÇÃO

23/08/2019

DATA DA ALTA

06/09/2019

Dr. Maurício Cezar
Médico
CRM-PE: 27.559

Recife, 06 DE SETEMBRO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559



Paciente: GILIADE JONAS BRASIL

Prontuário: 01123686

Data de Nascimento: 19/05/1994

Idade: 25a 3m 4d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

S52.0

Feito o Exame de ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA + TAC

Observação:

HDA: PACIENTE RELATA ACIDENTE (COLISÃO BICICLETA X MOTO) COM TRAUMA EM MSD EM 26/06/19.
HD: FRATURA DE OLECRANO DIREITO
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO AXILOPALMAR EM MSD. EM CONSULTA AMBULATORIAL (23/08/19)
VERIFICOU-SE NECESSIDADE DE REALIZAR TRATAMENTO CIRÚRGICO. SERÁ REALIZADO INTERNAMENTO HOJE (23/08/19) PARA
PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

Dr. Maurício César
Médico
CRM-PE/27.559

Recife, 23 DE AGOSTO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: GILIADE JONAS BRASIL

Registro: 1123686

Data da operação: 02/09/2019

Operador: DR CLEBER MACIEL
2º aux: DR LEVI DIOGENES (MR3)

1º auxiliar: DR JOSÉ VÍCTOR MR1

Anestesista: DR ALENA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO

Descrição operatória:

1. Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexip
2. Assepsia e antisepsia;
3. Aposição de campos estéreis;
4. Acesso posterior ao cotovelo, sob topografia do olécrano lateralmente
5. Identificado foco de fratura de olécrano
6. Limpeza copiosa com SF 0,9%;
7. Realizado redução cruenta + fixação com fio de cerclagem com banda de tensão + 2 fios de kirschner.
8. Controle radioscópico satisfatório
9. Sutura por planos
10. Observada boa perfusão distal após o procedimento

Dr. José Victor M. Lucena

CRM 10.777



GILIADE JONAS BRASIL		01123686	203097387380
761435	MASCULINO	25a 3m 18d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPÉDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO

Tratamento:

02/09/19: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIO DE CERCLAGEM E 02 FIOS K

OBS:

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: 01 CP, VO DE 6/6H POR 07 DIAS. ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA EM 2 SEMANAS; 3) FISIOTERAPIA MOTORA. CARGA ZERO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO; 4) CURATIVO DIÁRIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGÊNCIA;

6) Movimento Cotovelo Direito

Dr. Mauricio Cezar
Médico
CRM-PE: 27.559

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
23/08/2019	06/09/2019

Dr. Mauricio Cezar
Médico
CRM-PE: 27.559

Recife, 06 DE SETEMBRO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 27/06/2019 01:12:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: GILIADE JONAS BRASIL

RG: 8449992

PESO:

IDADE: 25 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 19/05/1994

PRESTADOR ASSISTENTE: DALMY PINHEIRO SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 26/06/2019 23:22:10

ATENDIMENTO: 1316779

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: MARCAR CONSULTA NO AMBULATOTIO DE ORTOPEDIA.

Dalmy Pinheiro de Sousa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-23456
DALMY PINHEIRO SOUZA
CRM-23456

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
1310620 SSP PE

CPF
101.968.034-20

DATA NASCIMENTO
02/10/1955

FLUÍDO
FRANCISCO MANOEL DE OLIVEIRA
MARIA JOSE DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
2

Nº REGISTRO
01472573258

VALIDADE
25/11/2020

HABILITAÇÃO
02/08/1974

OBSERVAÇÕES
sem observações

Amaro Manoel de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
25/11/2015

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

91554095198
PE069899185

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1217281946

PROIBIDO PLASTIFICAR
1217281946

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080625 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILIADE JONAS BRASIL **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO. PAG 6

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO 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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065172/20

Vítima: GILIADE JONAS BRASIL

CPF: 097.680.144-23

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILIADE JONAS BRASIL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

AMARO MANOEL DE OLIVEIRA : 101.968.034-20

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

GILIADE JONAS BRASIL : 097.680.144-23

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: 18/02/2020
Nome: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA
CPF: 101.968.034-20

AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: GILIADE JONAS BRASIL,
Brasileiro (a) Estado civil SOLTEIRO,
Profissão ESTUDANTE, Residente e Domiciliado á
Rua FIRMINO DE BARROS N. 156,
Bairro CORDOIRO, Município de RECIFE, Estado
de (o) PE CEP 50630-160, Portador(a) do RG
n. 8.449.992, SSP/..... e CPF n. 097.680.144-23

OUTORGADO: **AMARO MANOEL DE OLIVEIRA,**

Brasileiro (a) Estado civil: **VIUVO**,

Profissão: **AUTONOMO**, Residente e Domiciliado á

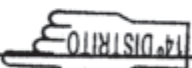
Rua Lorena 50, Bairro Jardim São Paulo

, Município de Recife, Estado de (o) Pernambuco

CEP 50790 030, Portador(a) do RG 1.310.620, SSP/PE e CPF 101.968.034-20

Por esse instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a) para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consórcio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o (a) SR.(a) GILIADE JONAS BRASIL, ocorrido em 26/06/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo na cobertura de INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamentos/crédito de indenização do sinistro DPVAT para pagamentos de quitação da indenização de sinistro DPVAT**, em fim requer assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

4 de Outubro de 2019
Giliade Jonas Brasil 
Outorgante

OBS: RECONHECER POR AUTENTICIDADE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA)
Avenida Caxangá, 3489 - Iputinga - CEP: 50.670-000 - Fone: (81) 3422.2222
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
GILIADE JONAS BRASIL
lançada em minha presença, do dia
Recife 04 de outubro de 2019, às 16:39
da verdade.
Davielo Manoel de Souza (Escrivente Autorizado)
Selo: 0076240 KER09201905.02564
Emol: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERN R\$ 0,04 FUNSO R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065172/20

Vítima: GILIADE JONAS BRASIL

CPF: 097.680.144-23

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILIADE JONAS BRASIL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

AMARO MANOEL DE OLIVEIRA : 101.968.034-20

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

GILIADE JONAS BRASIL : 097.680.144-23

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: 18/02/2020
Nome: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA
CPF: 101.968.034-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA