

	Nome Paciente:	MARIA ILZA DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	31/05/1973
	Sexo:	Feminino
	Idade:	46
	Senha:	U0011
	Convênio:	
Atendimento:		
SAME:		

: 18/05/2020 13:55 - 18/05/2020 13:56

GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO DOR + LIMITAÇÃO + FRATURA EXPOSTA

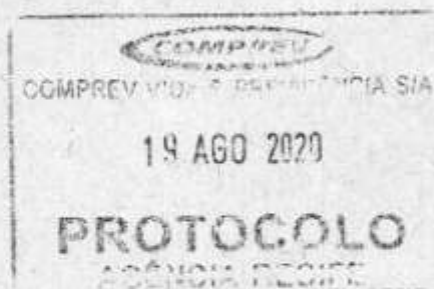
Medicamento(s): NEGA ALERGIAS

Observação: SENHA: 5939829

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es):
- DOR MODERADA?
- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/05/2020 13:56



605515

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 18/05/2020 15:44 Atendimento: 605515 N° AIH: _____

Nome: MARIA ILZA DA SILVA Prontuário: 358707

Data Nasc.: 31/05/1973 Idade: 46 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião: _____

CPF: _____ RG: 4727777 CNS: _____

Endereço: RUA DA MONTANA N°: 0

Bairro: SALGADO Cidade: CARUARU Estado: PE

CEP: 55016270 Fone: 996048315 Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Nome do Conjuge: _____

Nome: _____

Parentesco: _____ RG: _____ Fone: _____

2 - Internar Para

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: PRE - OPERATORIA

Leito: PRE - OPERATORIA 02

Diagnóstico Inicial

(Constante do Laudo Médico): _____ CID: _____

Procedimento Solicitado: _____ CÓD.: _____

Procedimento Realizado: _____ CÓD.: _____

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- () MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- () DIÁRIA DE UTI
- () DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- () VACINA ANTI RH
- () USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- () USO DE PRÓTESE, ORTESE
- () USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO
- () USO DE OXIGENADORES
- () NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - Historia Clínica

COMPREV VIDA E PREVENÇÃO S/A

19 AGO 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA REGISTRO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
18/05/2020 15:44		

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: ANAÍLA ILZA DA SILVA

Nº do Registro:

Clínica: TRAUMATOLOGIA

Nº do Leito

Operador: MAURÍCIO PAES

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesiista:

RAONIR

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 18/05/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXP-119 RE

PARELA (E)

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

DEBANDAMENTO + LIMPEZA
CIRURGICAL

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) PACIENTE EM 2014, 508 ANOS, ANOTADA
2) ALEXIS + ARTROSCOPIA DO MTE
3) EXPLANTES, ATROFIA DO FEMUR
LIMPES CIRCULAR DO FEMUR
20 DOBROS E FOCO DE FRATURAS
4) ENTÃO A PER

OBS: NÃO REALIZADO SINTI-
DE FIMITIVA POR FRATURA
DE FIO DE KIRCHMAN
E CANCELAMENTO DO DUCT

Dr. Maurício Paes

Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião do Quadril



HOSPITAL JESUS PEQUENINO

Latto: _____

Local: _____

EVOLUÇÃO

DATA

(No final de cada evolução o médico deve assinar e carimbar)

21/8/20

Refe. alimentares para lactante e criança
até 12 meses de idade (segundo plano)
(segundo plano)

Dr. Felipe Guedes
CRM 10.105

COMPREV VIDA P.F.A. FICIA 315

19 AGO 2020

PROTOCOLO

Conferido Com Documento
Original Bezerra
Hospital Jesus Pequeninino
20/8/20

Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE nº 4.971

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

Photo who: 2020 06 01 ^{RAW} ~~BR~~

Atendimento: 586267
Convênio: PARTICULAR

Recepç.: EMMA THOMPSON DA S. GARCIA

Paciente:	40056	MARIA ILZA DA SILVA
-----------	-------	---------------------

Nascimento: 31/05/1973 - 46 Anos e 11 Meses
SUA BELA VISTA SN

Endereço: RUA BELA VISTA SN,
Bairro: SAPUCARANA

IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS
MANOEL FRANCISCO DA SILVA

Pai: MANOEL FRANCISCO DA SILVA
Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Nacionalidade: BRASIL

CEP: 55660-000

Sexo: FEMININO Cor:

Est. Civil:
C.R.E. 90207637415

Identidade: 4727777 SSP PE

Telefone: 81.994775282
E-mail: instrucao@fapsp.org.br

Ocupação:

Ocupação: _____
Naturalidade: _____

Naturalidade: _____

Obs.:

Queixa do Paciente:

like a stone of heavy and cold
nature - cold and moist.

Kejadian sebelum hari 23 April

110 1st V 4A

H.D.A.:

Exame Físico:

Reinforced concrete in jacket
semi-circular projection

H.D.:

Tratamento:

Chlorine

Contenido Cam Documentos
Digitalizados por
Hospital Misus Peruano
A. M. L. / M. L. / M. L.
Asistente Social
GRES / PE N 4.471

COMPREV VIDE - 2020
19 AGO 2020
PROTOCOLLO

[Handwritten signature]

Bezerros, 21 de maio de 2020

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: APARTAMENTO - 03

Enfermaria: POLICLINICA I

Atendimento: 586267 Data: 21/05/2020 Hora: 10:25
Convênio: PARTICULAR
Responsável:
Médico: DR. JOSE FELIPE GUEDES

Recepc.: EMMA THOMPSON DA S. GARCIA
Matrícula:
Identidade:
Cartão SUS:

Paciente: 40056 MARIA ILZA DA SILVA
Nascimento: 31/05/1973 - 46 Anos e 11 Meses
Endereço: RUA BELA VISTA SN,
Bairro: SAPUCARANA
IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS
Pai: MANOEL FRANCISCO DA SILVA
Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F. 90207637415
Identidade: 4727777 SSP PE
CEP: 55660-000 UF: PE
Telefone: 81.994775282
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Recepcionista: _____

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinpu o termo

Alta Hospitalar

Data: 22/05/20

Médico: _____

Dr. Felipe Guedes
Ouro Preto - Minas Gerais
CRM 21025

Assinatura / CRM

Observação

Paciente em tratamento
na internação com a
exatidão da patologia

Transferência Hospitalar

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Fator da patologia

Diagnóstico Definitivo: _____

Óbito

Médico: _____

Data: ____/____/____
COMPROVANTE DE INTERNAÇÃO SIA
19 AGO 2020
PROTOCOLO
ACÓRDIA REGIST

Assinatura / CRM

Diagnóstico Secundário: _____

Dr. Felipe Guedes
Ouro Preto - Minas Gerais
CRM 21025

Comentário Com Documentação
Original Setor de
Hospital Jesus Pequeno
Assistente Social
PE nº 4171
CPSS

COMANDA 606503

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Maria Ilza da Silva Registro Nº. 40056
Apt.: _____ Enfermeira.: E Data: 27/05/2020
Cirurgia: Tort. Fech. Fratura Pélvica Cirurgião: Dr. Felipe
Anestesia: Raqui Anestesista: Dr.º Pousada
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nausebron	01 Amp
Água Destilada	01 Amp	Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cedilanide		Omeprazol	
Cisatracúrio		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelicin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	01 Amp	Revivan	
Diazepam		Ringer c/ Lactato	
Dipirona	02 Amp	Rocefin 1g	
Diplof 0.1	01 Amp	Sevoflurano	
Dolantina		Syntocinon	
Dormonid		Soro Fisiológico 500ml	02 unid
Efortil		Soro Glicosado	
Enoxaparina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinhal	19 AGO 2020	Transamin	
Fentanil 5ml		Tenoxicam	
Flumazenil		Thionembutal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortisona 100mg		Voluven	
Hidrocortisona 500mg		Xylocaina 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaina 1% s/a	
Keflin	01 grama	Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcaína c/a		Agulha desc. 25x7/40x12/0.45x13	03 unid
Marcaína s/a		Agulha de Plexo	
Marcaína Pesada	01 Amp	Agulha Raqui 25	01 unid
Methergin		Algodão Hidrófilo	

Especificação	FIO METALICO LISO 2,0 (E)	FIO METALICO LISO 2,0 (E)
Algodão Ortopédico 20 e	Armazenamento, conservação, cuidados no manuseio, advertências e/ou precauções ver instruções de uso em: www.hexagon-brasil.com	Armazenamento, conservação, cuidados no manuseio, advertências e/ou precauções ver instruções de uso em: www.hexagon-brasil.com
Atadura Crepe 15 e	Hexagon Ind. e Com. Implantes Ortop. Ltda R. Nelson Guiraldelli, 350 Dist. Ind. Itapira SP Brasil 13977-015 CNPJ: 08.619.131/0001-31	Hexagon Ind. e Com. Implantes Ortop. Ltda R. Nelson Guiraldelli, 350 Dist. Ind. Itapira SP Brasil 13977-015 CNPJ: 08.619.131/0001-31
Atadura Gesso		
Azul de Metileno		
Bolsa p/ Colostomia		
Cateter Nasal		
Ciamp Umbilical		
Coletor Sistema Aberto		
Coletor Sistema Fechado		
Comp. Cirúrgica 02 unid		
Dreno de Sucção		
Dreno Penrose		
Dreno Tórax		
Eletrodos 05 unid		
Equipo Macrogotas		
Escova de Degermação		
Esparradrapo TX		
Esparradrapo Micropore		
Gaze 7x5x7,5 05		
Neocaina Pesada		
Neocaina Isobárica		
Infusor p/soluções Parentemil 2 vias		
Intracath		
Jelco		
Liga Clip		
Lâmina Bisturi 27 02 unid		
Látex 204		
Luva Estéril 7,0 8,0 9,5 05 Pares 02 Pares		
Luva Descartável		
Máscaras		
Polifix		
Pró-Pés		
Scalp		
Seringa de 01 cc 01 unid		
Seringa 03 cc 02 unid		
Seringa 05 cc 02 unid		
Seringa 10 cc 01 unid		
Seringa 20 cc		
Sonda Nasogástrica n°		
Sonda Foley n°		
Sonda Uretral n°		
Sonda 3v n°		
Transofix 01 unid		
Pulseiras de RN		
Toucas		
FIOS		
CatGut Simpa s/a		
CatGut Simp c/a		
CatGut Crom s/a 01 unid		

Instituto Alcides d' Andrade Lima



HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	ENFERMAGEM				LEITO:	Nº. PRONTUÁRIO:			RUBRICA	
			HORA	T	P	R		PA	DURESE	EMACIAÇÃO		DEMAIO
14/08/2020	1) Dieta por VO após alimentação adequada 2) Soro fisiológico (hipertensão)	12h (300)										Ediane Silva Rec. Enfermeiro COREN: 202083
	2) Soro fisiológico em jejum	12h (300)										Ediane Silva Rec. Enfermeiro COREN: 202083
	3) Colheita de sangue para exames	12h (300)										Ediane Silva Rec. Enfermeiro COREN: 202083
	4) Drenagem de urina	12h (300)										Ediane Silva Rec. Enfermeiro COREN: 202083
	5) Dieta por VO	12h (300)										Ediane Silva Rec. Enfermeiro COREN: 202083
	6) Dieta por VO	12h (300)										Ediane Silva Rec. Enfermeiro COREN: 202083
	7) Dieta por VO	12h (300)										Ediane Silva Rec. Enfermeiro COREN: 202083
	8) Dieta por VO	12h (300)										Ediane Silva Rec. Enfermeiro COREN: 202083

COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE
H AGO 2020
PROTÓCOLO
DE ATENDIMENTO
HOSPITAL JESUS PEQUENININO
CRESS/PEIN 471

Dr. Ediane Silva
Enfermeiro
COREN: 202083

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUIEL



23-A

Maria Jéza da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4727777

DATA DE EMISSÃO: 17-07-1977

DATA DE VALIDADE: 17-07-1997

NOME: MARIA JÉZA DA SILVA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PROFISSÃO: SEM PROFISSÃO

ENDEREÇO: RUA DE SANTO ANTONIO, 115, L. 1, 1º ANDAR, RECIFE, PE

DATA DE NASCIMENTO: 17-07-1977

Maria Jéza da Silva

LEI Nº 7.117/74

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

902.076.411-15

Nome

CELENE DE SOUZA

Nascimento

11/05/1977

COMPRES 1001 - RECEITA S/A

19 AGO 2020

PROTOCOLO

ACÇÃO DE COIT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **902.076.374-15**

Nome: **MARIA ILZA DA SILVA**

Data de Nascimento: **31/05/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/10/1992**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:46:58** do dia **11/08/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8C17.EAAD.C57A.A6B2**



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

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200296410

Cidade: Bezerros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA ILZA DA SILVA

Data do acidente: 18/05/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO COM FRATURA EXPOSTA DE PATELA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO E LIMPEZA). PÁG 4
ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADA DO JOELHO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CABE INFORMAR QUE POR FALTA DE MATERIAL NÃO FOI REALIZADO SÍNTESE DEFINITIVA. PÁG 4

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 joelho	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-0232423/20

Vítima: MARIA ILZA DA SILVA

CPF: 902.076.374-15

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 18/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA ILZA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA ILZA DA SILVA : 902.076.374-15

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: 19/08/2020
Nome: MARIA ILZA DA SILVA
CPF: 902.076.374-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

MARIA ILZA DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200296410

Vítima: MARIA ILZA DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ILZA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200296410

Vítima: MARIA ILZA DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ILZA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: **MARIA ILZA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000002530-5**

Conta: **000001003720-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -
DPP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E4143001154**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/07/2020** às **12:28**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **18/5/2020** às **12:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SAPUCARANA, 01, VILA DE SAPUCARANA** - Bairro:
SAPUCARANA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **ESTARDA CE**
ACESSO A VILA
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

/// (AUTOR \ AGENTE)
EDINALDO EPIFANIO DA SILVA (OUTRO)
MARIA ELZA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDINALDO EPIFANIO DA SILVA

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

MARIA ELZA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **MANOEL FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **31/5/1973** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4727777/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **BAIRRO DE SAPUCARANA, 229, RUA SÃO SEBASTIÃO - CEP: 0 - Bairro: SAPUCARANA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDINALDO EPIFANIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CILVERA ANDRE DA SILVA** Pai: **EPIFANIO JOSE DA SILVA** Data de Nascimento: **6/9/1971** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4189905/SDS/PE (RG) 75403340459 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **BAIRRO DE SAPUCARANA, 229, RUA SÃO SEBASTIÃO - CEP: 0 - Bairro: SAPUCARANA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

/// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDINALDO EPIFANIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYY7164** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **1003303835** Chassi: **9C2ND1110ER016057**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE GILSON DA SILVA**

Complemento / Observação

O SENHOR EDINALDO EPIFÂNIO DA SILVA NA QUALIDADE DE CONDUTOR PASSA A DECLARAR QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO LOCAL ACIMA DESCRITO, TENDO COMO GARUPA A SENHORA MARIA ELZA DA SILVA (VITIMA), QUE NO TRAJETO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA EM UMA CURVA PROXIMO AO TREVO DE ACESSO A VILA DE SAPUCARANA, CAINDO AS MARGENS DA RODOVIA, SENDO AMBOS SOCORRIDO E LEVADOS PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, ONDE FORAM ATENDIDO E A VITIMA MARIA ELZA DA SILVA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO PARA SER SUBMETIDA AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS CONFORME CONSTA NAS DECLARAÇÕES APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

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

** maria elza da silva*
MARIA ELZA DA SILVA
(VITIMA)

EDINALDO EPIFANIO DA SILVA
(OUTRO)

** Edinaldo Epifanio da Silva*
B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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 de vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: Bezenos, 30/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ILZA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000001003720-4

Nr. Autenticação

BRDESCO3108202005000000000023702530000001003720168750 PAGO

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
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

EDNALDO EPIFANIO DA SILVA
CPF: 754.033.404-59 NIS: 16088645289

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO SEBASTIAO 239
VILA SAPUCARANA/SAPUCARANA
55660-000 BEZERROS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

10/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

15,94

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

03/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

110814124

CONTA CONTRATO

007025943540

Nº DO CLIENTE

2010233019

Nº DA INSTALAÇÃO

0000359003

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

AD8A.F9B0.5677.5D7E.37A6.F44F.91AC.D40D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,00000004	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,00000002	0,00
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	57,00	0,00000001	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,00000004	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,00000002	0,00
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	57,00	0,00000001	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			15,39
ICMS Subvenção-CDE-NF 102933605-03/04/20			0,55
TOTAL DA FATURA			15,94

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	25,00	0,00	0,00	0,97	0,00	0,00	4,48	0,00

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,00000001
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,00000001

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
JUN 20	157
MAI 20	129
ABR 20	144
MAR 20	150
FEV 20	135
JAN 20	139
DEZ 19	131
NOV 19	129
OUT 19	142
SET 19	112
AGO 19	142
JUL 19	97
JUN 19	107

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	0,00	100,00
Transmissão	0,00	0,00
Distribuição (Celpe)	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Tributos	0,00	0,00
Perdas de Energia	0,00	0,00
TOTAL	0,00	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003170684086	CAT	06/05/2020 3.782,00	03/06/2020 3.939,00	28	1,0000	0,00	157,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROVADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	CAMOCIM DE SAO	0,00	6,27	12,54	25,08
FIC-No.de vezes sem Energia	FEUX	0,00	3,36	8,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,71	0,00	0,00
Limite DICRI: 12,22					
BUBD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00					
Todo Consumidor pode solicitar a aprovação das Indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: Josenilson Candido da Silva: camocim de sao felix centro / mercadinho das variedades: camocim de sao felix cruzeiro. Lista completa em www.celpe.com.br.
MP 950/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220 kWh.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
Sua rotatização de leitura será alterado. Art. 84 Ren. ANEEL 414/10.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 123,98.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007025943540	06/2020	15,94	10/06/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838600000000 159400110071 025943540106 146272895037

