
Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010624

Vítima: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAQUELINE BERNARDO 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, 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, 25 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010624

Vítima: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAQUELINE BERNARDO 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 tornozelo 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: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001783-3

Conta: 000001008407-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 070.112.874-77 3 - CPF da vítima: 070.112.874-77 4 - Nome completo da vítima: JARQUELIN BERNARDO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JARQUELIN BERNARDO DA SILVA 6 - CPF: 070.112.874-77
7 - Profissão: NÃO RESPONDEU 8 - Endereço: RUA VM 9 - Número: 6-C 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOT. QUINTA DO ROSARIO 12 - Cidade: CASQUINA 13 - Estado: SP 14 - CEP: 55810-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99253-2981

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 1783 3 CONTA: 1008407 5 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 (menininho)? ☐ 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 preenchido

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, _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PoupCard

Bradesco



380 1783 1008 4070

1/20 1783 3 1008407 5 01 00

VALIDAR AG. AGENCIA DIG. COMTA. DIS. VIA TIPO

BERNARDO DA SILVA VISA

Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0135004407**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/11/2019** às **12:00**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/10/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, RODOVIA PE 90** - Bairro: **SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO A LOMBADA ELETRÔNICA**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)
JAQUELINE BERNARDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

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

JAQUELINE BERNARDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA**
Pai: **SEVERINO BERNARDO DA SILVA** Data de Nascimento: **10/2/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 6, RUA UM, CASA C, QUINTA DO ROSÁRIO - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTONETA HONDA/BIZ 100 ES (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAQUELINE BERNARDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAQUELINE BERNARDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIQ0202** (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: **552092010** Chassi: **9C2HC1420DR023982**

Complemento / Observação

A VÍTIMA, JAQUELINE BERNARDO DA SILVA, PRESENTE NESTA DELEGACIA, AFIRMA QUE NA NOITE DO DIA 06/10/2019, SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO CONDUZIA A MOTONETA ACIMA CITADA NA RODOVIA PE90, BAIRRO SANTO ANTONIO, CARPINA, RELATA QUE CONDUZIA A SUA MOTONOTA COM SENTIDO CARPINA - LAGOA DO CARRO, QUANDO FOI ENTRAR EM UMA RUA A DIREITA, PRÓXIMO DA LOMBADA ELETRÔNICA, DERRAPOU COM A REFERIDA MOTONETA, CAIU NO SOLO E SOFREU LESÕES, QUE NA MANHÃ DO DIA 07/10/2019 PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO NA UNIDADE MISTA DE CARPINA.

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

Jaqueline Bernardo da Silva
JAQUELINE BERNARDO DA SILVA
(VÍTIMA)

Fabio Jose dos Santos
B.O. registrado por: FABIO JOSE DOS SANTOS - Matrícula: 273810-4

45ª Circunscrição

Carpina

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: 070.112.874-77 3 - CPF da vítima: 070.112.874-77 4 - Nome completo da vítima: JARUQUINO BERNARDO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JARUQUINO BERNARDO DA SILVA 6 - CPF: 070.112.874-77
7 - Profissão: NÃO RESPONDEU 8 - Endereço: RUA VM 9 - Número: 6-C 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOT. QUINTA DO ROSARIO 12 - Cidade: CASQUINA 13 - Estado: SP 14 - CEP: 55810-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99253-2981

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:
☒ RECURSO 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: 1783 3 CONTA: 1008407 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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, _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

No. Ocorrência: 0061861

Responsável: A MESMA

DATA	HORA	NUMERO DE IDENTIFICACAO	MOTIVO DO ATRASO
07/10/2019	07:45	0061861	TORCAO NO PE
05/04/2019	15:50	0014719	DESMALIO EM POSTO DE SAUDE

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura

Tratamento

But on the account of
thrusting on pieces of
cloth of these no.
throughout of 1 jacket

105.8
 Adriano Gomes
 CORLEN - PE 630.305 TE
 PA-10047

C/D

Hora saída:

☐ CURATIVO		ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP		TÉCNICO / COREN
☐ NEBULIZAÇÃO		☐ RETIRADA DE PONTO		
Consultas / Atendimento Médico:				MÉDICO / CRM <i>Suplente da Sira Viana</i> <i>CRAM 1</i> HORÁRIO:
☐ urgência básica		☐ urgência especializada		
☐ observação básica		☐ observação especializada		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO			HORÁRIO

Ponencia de natura am

Ternozzi (puno) D

Enc p1 Btephndia

(p1 UPA de (Guram))

Dr. Gustavo Henrique B. Almeida
Médico
CRM 15518

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: 22/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01783-3

CONTA: 000001008407-5

Nr. Autenticação

BRDESCO2201202005000000000023701783000001008407168750 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 9005943-93



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 JAQUELINE BERNARDO DA SILVA CPF: 070.112.674-77	DATA DE VENCIMENTO 17/10/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 10/10/2019	CONTA CONTRATO 007004656487
	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 10/10/2019	Nº DO CLIENTE 2010651276
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA UM 6 -C LOTTO QUINTA DO ROSARIO/CARPINA 55810-000 CARPINA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0005219149
	RESERVADO AO FISCO 2F79.ECF3.3588.80CB.7440.9950.8B1B.78FA		

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)	120,00	0,8400352	97,28
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,85
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,79
Contrib. Usm. Pública Municipal			0,52
TOTAL DA FATURA			112,54

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
102,92	25,00	25,73	102,92	1,20	1,32
					0,93
					6,12

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,8400352	OUT 10	120
		SET 10	121
		AGO 10	105
		JUL 10	136
		JUN 10	138
		MAI 10	146
		ABR 10	129
		MAR 10	156
		FEV 10	135
		JAN 10	141
		DEZ 09	147
		NOV 09	135
		OUT 09	129

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Cargos de Energia	32,07 28,55
Transmissão	3,57 3,17
Distribuição (Celpe)	21,03 18,69
Encargos Setoriais	5,10 4,53
Tributos	33,95 30,21
Perdas de Energia	6,83 6,07
TOTAL	102,92 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO kWh
00000903141200253	CAT	09/09/2019	7.909,00	01/10/2019	7.928,00	21	1,00000
						0,00	120,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
09/09/2019					
Dur. No. de horas sem Energia	CARPINA	0,00	3,31	10,02	21,25
Fic.No. de vezes sem Energia		0,00	3,30	9,50	13,70
Dur. Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	9,09	9,30
Dur. Duração de interrupção em dia crítico				Limite DIÁRIO: 12,22	
EURO-Valor da Escarga de Uso = R\$ 35,00					
Toda Consumidor pode solicitar a supressão das Indicações DI, FIC, DMC e DDCS a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! Formaplan, senhora da cancela: rua emend faras do miranda no2 santo antonio / xerox em artes: rua emend faras do miranda no81 santo antonio. 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 . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Rec414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento contencioso. Em razão da reclassificação, ocorreu alteração da tarifa homologada.	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍN/MO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MÁX/MO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> </tr> <tr> <td></td> <td>231</td> </tr> </table>	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍN/MO		MÁX/MO	220	202		231
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)										
	MÍN/MO										
	MÁX/MO										
220	202										
	231										

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007004656487	MÊS/ANO 10/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 17/10/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.
--	----------------------------------	--	--	--

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--------------------	------------------------------

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
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34 NIS: 12623161676

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO PRIMAVERA 3 - PR -

PRIMAVERA/PAUDALHO
55625-000 PAUDALHO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 454/2010), 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

26/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

19/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

19/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

073947911

CONTA CONTRATO

007026223177

Nº DO CLIENTE

2015924566

Nº DA INSTALAÇÃO

0006468340

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

65B6,07F4,0499,0AE8,480A,F9C2,CFDC,CA99

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.	
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19124006	5,73	Valor	
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32784016	22,94	23/07/19	1908019
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	18,00	0,49176022	8,85		60,40
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,41	Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em processo judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também incidir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 69 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de inadimplência de crédito SPC e SERASA.	
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,67	Tarifas Aplicadas	
Contrib. Sum. Pública Municipal			12,12	HISTÓRICO DO CONSUMO	
Multa por atraso-NF 086297580 - 17/06/19			0,79	Consumo Ativo até 30 kWh	0,19124006
Juros por atraso-NF 086297580 - 17/06/19			0,39	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32784016
Atualização IGPW-NF 086297580 - 17/06/19			0,35	Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,49176022
TOTAL DA FATURA			53,24		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
ICMS		PIS		CPINF	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	39,60	0,74	0,29
			39,60	3,42	1,35
				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
				R\$	%
				19,33	48,22
				1,34	4,08
				11,62	29,43
				1,15	2,98
				1,64	4,14
				3,78	9,31
				59,69	100
				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
				R\$	%
				19,33	48,22
				1,34	4,08
				11,62	29,43
				1,15	2,98
				1,64	4,14
				3,78	9,31
				59,69	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
009380003170294726	CAT	18/07/2019	2,306,00	19/08/2019	2,724,00	32	1,00000	0,00	118,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
Jun 2019					
DIC-Medida hora sem Energia	PAUDALHO	0,00	10,27	21,74	43,40
FGC-Medida hora sem Energia		0,00	7,67	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,88	0,50	0,00
DECR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DECRI: 16,63
EUUSD-Valor do Encargo do Uso = R\$ 18,71					
Total Encargo de uso = R\$ 18,71					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague na conta mais perto de Você! Junte-se ao Celpe e tenha acesso a todos os serviços e informações em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagos, em atraso gera multa 2% (R\$ 414/ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XI, III, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,57.
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.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026223177	08/2019	0,00	26/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura automática

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ARUANA REPARADORA

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 95

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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. 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 Manoel Antonio de Almeida
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 919.449.384, 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jaqueline Bernardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.112.874-77
do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Jaqueline Bernardo da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.112.874, 77, 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: <u>do patrimônio</u>	Número: <u>58</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>primavera</u>	Cidade: <u>Paudalho</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>manlopesfese@helmail.com</u>	CEP: <u>55.825-000</u>	Tel. (DDD): <u>1819.9253-2984</u>

Local e Data:

Paudalho 31/12/2019

Assinatura do Declarante

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0061861

Prontuário: 00011333-6

Idade: 32 ANOS, 7 MESES E 27 DIAS

Nome: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

Dt. Naso.: 10/02/1987 Sexo: M Est. Civil: CASADO

Endereço: RUA 01, Nº 6

CEP:

Cidade: CARPINA/PE

Bairro: SANTO ANTONIO

Nac: BRASIL

Documento:

CNS: 706204501756561

Sis prenatal:

Tel.:

Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Pai:

Profissão:

Responsável: A MESMA

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
07/10/2019 07:45	0061861	TORÇÃO NO PÉ
03/04/2019 15:50	0014719	DESMAIO EM POSTO DE SAUDE

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Paciente com dor no pé direito, iniciada há alguns dias, piorando com o uso de calçados fechados. Não há trauma recente.

Tratamento

Curativo
 Repouso relativo
 Analgesia com Paracetamol
 07.10.19
 Adriana Gomes
 COREN-PE 030.305 TE
 PA-10047

Exames complementares**Impressão diagnóstica**

CID

Motivo da saída:Residência ☐ Internado ☐**Justificativa:****Encaminhado:****Removido:****Óbito:**

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:**Hora saída:**

☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO	ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada		MÉDICO / CRM _____ HÓRARIO: _____
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Data da impressão: Segunda-feira, 07 de Outubro de 2019 às 07:45

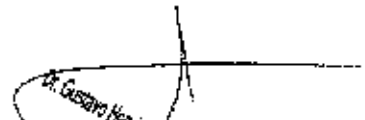
Recepcionista: JOSEANE

Ponencia de natura am

Ternozzi (puno) D

Enc p1 Btephndia

(p1 UPA de Gouven)


Dr. Gustavo Henrique B. Almeida
Médico
CRM 15518

Atendimento: 1063920

Senha da Classificação:

0081

Data e Hora: 07/10/2019 10:07

Especialidade:

Paciente: 319888 JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/02/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: RUA UM

6

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade/UF: CARPINA

PE

Cep: 55816670

Usuário Atendimento: ALEXSS

RG (Identidade): 7.768.383

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 89186899

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 10:07

Queixa Principal

Acidose com náusea e vômito (10)

Exame Físico

sem mobilização R&A

Hipótese Diagnóstico

fratura de maxila lateral

Conduta Terapêutica

TRATAMENTO R-A

Prescrição Médica

DICTA 1000g
DIPYROMA 102mg + DOL 30 616h
TETA 1200g

Geane R. do Carmo
Téc. Imobilização Ortopédica
ASTECO / PE

10:28

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Dr. Marcelo Correia
Médico de Família

5787862

Senha:

Carimbo/Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

() SIM () NÃO () DIAS



1063920

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: ANIELA VASCONCELOS IDADE: 37
REGISTRO: 1063920 DATA: 07/10/19

HDA: Exatidão de diagnóstico de morte com
DMV 7m2

EX. FÍSICO: EXVMA

EX. COMPLEMENTARES: EXVMA

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Exatidão de diagnóstico de morte
- 2.
- 3.

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: Exatidão de diagnóstico

SENHA: 5737867 DESTINO: NOF

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM () NÃO (X)

JUSTIFICATIVA:

HORA DA SOLICITAÇÃO: MÉDICO SOLICITANTE:

HORA DA SAÍDA: MÉDICO DA LIBERAÇÃO:

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO:

Dr. Manoel Correia
Procurador do Estado
CRM 19547

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 06/11/2019 11:29

Atendimento: 326715 Entrada: 08/10/2019 Hora: 14:29
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Saída: 10/10/2019 Hora: 16:04
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 706204501756561

Paciente: 1625614 JAQUELINE BERNARDO DA SILVA
Nascimento: 10/02/1987 (32 Anos e 8 Meses)
Endereço: RUA UM
Bairro: SAO ANTONIO C.E.P.: 55810-000
Cidade: 2604007 CARPINA
Pai: SEVERINO BERNARDO DA SILVA
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 07011287477
Identidade: 7768363 - SDS - PE
Telefone: 7989186899
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: CARPINA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 09/10/2019 - 12:06

AVALIAÇÃO (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1: SILVIO JOHNSON

Anestesista: ELIVELTON

Instrumentador: EDER

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DE TORNOZELO - MALÉOLO LATERAL DIR(W.B)

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIR

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA MID

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO LATERAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E HESMOSTASIA

IDENTIFICAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO COM LIMPEZA E RETIRA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO

REDUÇÃO DE FRATURA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, FIXAÇÃO MEDIANTE 01 (UM) PARAFUSO DE COMPRESSÃO, 01 (UMA) PLACA TERÇO TUBULAR, 3,5MM, DE NEUTRALIZAÇÃO COM 6 FUROS, __2+3__

PARAFUSOS CORTICAIS E TESTE DE COTTON NEGATIVO

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%

SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON

USADA FLUOROSCOPIA

CURATIVO OCLUSIVO

Hospital Memorial Armindo Moura

SABE

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Fone: (81) 3556-2013

Av. Celso Bampi, 674 - Moreno - PE

SOLTURA DO GARROTE+TALA BOTA

Materials Prosmad

PLACA TERÇO TUBULAR - 01 UNIDADE

PARAFUSO CORTICAL - 06 UNIDADES

Hospital Memorial - João de Moura
S.A.M.

Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Fone: (81) 3536-2013

Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno-PE

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 09/10/2019 09:31

Atendimento: 326715 Entrada: 08/10/2019 Hora: 14:29
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Enfermaria: ENFERMARIA 13
Permanência: 0 Dia(s), 18 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 706204501756561

Paciente: 1625614 JAQUELINE BERNARDO DA SILVA
Nascimento: 10/02/1987 (32 Anos e 7 Meses)
Endereço: RUA UM
Bairro: SAO ANTONIO C.E.P.: 55810-000
Cidade: 2604007 CARPINA
Pai: SEVERINO BERNARDO DA SILVA
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 07011287477
Identidade: 7768363 - SDS - PE
Telefone: / 989186899
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: CARPINA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 08/10/2019 - 17:54

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Queixa do paciente:

PACIENTE TRAZIDA DO HOF COM FRATURA DE TORNOZELO DIREITO APOS ACIDENTE DE MOTO HA 2 DIAS

ALERGIA: HAS - DM -

Exame físico:

DOR + EDEMA EM TNZ

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta: INTERNAMENTO

	Horario/Checkagem
01 -	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Armindo Moura
Serviço de
Fone: 33
Av. Cláudio Corrêa
RPE



Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA (1625614)

Admissão: 326715

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S826>>FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIR(W.B)

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 08/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 09/10/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 08/11/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 09/10/2019 às 12:10

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia-Traumatologia
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:

PROTESTO PLASTIFICAR
679933540

JACQUELINE MARINHO DA SILVA

72461-103 - 電力機 電機

070,112,874-77 18/02/1987

SEVERINO BERNARDO DA S
ILVA
MARIA LUCIA DA SILVA

PERSONNEL	ACC	CAT. N. 9.
-----------	-----	------------

REGISTRO	VALIDADE	1ª EMISSÃO
05006362821	15/08/2023	11/08/2010

— **GENERAL NOTE A**

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LOCAL	DATA CENTER
CARDINA, DE	16/00/2018

Cheryl Anderson, Executive Director

05087564226

PERNAMBUCO

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTERIO DO EMPLEO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
FANTASIA NACIONAL DE HABITACAO

Nome: **JOSE ANTONIO DE ALMEIDA**



DOCUMENTO IDENTIFICATORIO
2250224 RFP PE

CPF: 418.982-34 Data de Emissao: 16/05/1971

Endereço:
MARCEL COMAR DE
ALMEIDA
RUA JOSE DE ALMEIDA

Estado: **PARANÁ** Município: **PARANÁ** Zona: **URB**

Registro: **00458815700** Data de Registro: **19/10/1965** Vigencia: **31/03/1985**

VALIDA EM TODAS
AS DIVISÕES ADMINISTRATIVAS
1302534384

Observações:
Sem observações

Assinatura: *[Assinatura]* Data: **19/10/1965**

Assinatura: *[Assinatura]* Data: **19/10/1965**

VALIDA EM TODAS
AS DIVISÕES ADMINISTRATIVAS
1302534384

DETALHE PE (PLANALTO)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

014487779800

DETRAN - RJ
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA QUANTO DE VEÍCULO

OCORRÊNCIA: 11-11-1982

552082013

JACQUES DE BERNARDI DA SILVA

CARTEIRA - RJ

070-112-874

RIC-0202

RAZ - /MOTONETA

RAZONAL

WANDA/818-100-25

WANDA

27/171

PARTE

PARTE

2019-011111

V. 10/11/82

A. 10/11/82

20 11

20 11

04/02/82

SEM RESERVA

20 11

20 11

04/02/82

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010624 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 5.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jaqueline Fernando da Silva
DATA DO ACIDENTE 08/10/19 CPF DA VÍTIMA 040.112.879-77
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR LO PRIMAVERA
Nº 05 COMPLEMENTO _____ BAIRRO PRIMAVERA
CIDADE PAUDALHO UF PE CEP 55825-000
E-MAIL marcosfeitosa25@hotmail.com TELEFONE (81) 99534-7625

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 08/01/2020
IDENTIDADE 9250694
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 08/01/2020
NOME Aluano R. de S. Barros
ASSINATURA [Assinatura]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Sinistro
32.000.40624
Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009661/20

Vítima: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

CPF: 070.112.874-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/10/2019

Títular do CPF: JAQUELINE BERNARDO
DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

JAQUELINE BERNARDO DA SILVA : 070.112.874-77

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: 08/01/2020
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Joaquim BERNARDO DA SILVA, Brasileiro (a),
portador(a) do RG nº 776863, 11/PE inscrito(a) no CPF sob
nº 070.112.1874-77 Residente na Rua
UM, Nº 6-C, Bairro Colônia Santa Rosa, Município
de Caruaru -PE.

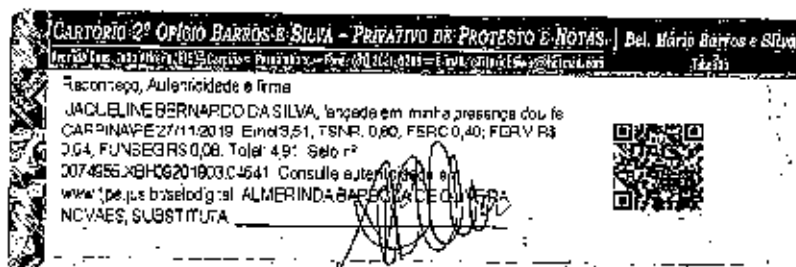
OUTORGADO:MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA, Brasileiro, Portador do RG: 4.250.694, SSP/PE, Inscrito no CPF sob o nº 919.419.384-34, Residente na rua Lo. Primavera, Primavera. Paudalho-PE

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o(a) OUTORGANTE acima qualificado(a), nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO, para Representa-la Perante as SEGURADORAS que Constitui o CONSORCIO DO SEGURO DPVAT, na cobertura; DANS, Víctima de acidente de trânsito no dia 06/10/2019. Podendo para este fins /prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, Solicitar perícias ,pegar cópia de BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer Delegacias deste Estado de Pernambuco, Solicitar e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA da POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO, Solicitar e pegar cópia de prontuário médico, também solicitar e pegar ficha de esclarecimento ou boletim de emergência em quaisquer Hospital Particular, Municipal, Estadual, Federal, Solicitar e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer posto da POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, Solicitar e pegar declaração junto ao SAMU e ao CORPO DE BOMBEIROS, em fim tudo o mas necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

Cousins 27/11/2019

OUTORGANTE

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009661/20

Vítima: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

CPF: 070.112.874-77

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAQUELINE BERNARDO DA SILVA

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

JAQUELINE BERNARDO DA SILVA : 070.112.874-77

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: 08/01/2020
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges