



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:

— 11 —

4 - Nome completo da vítima:

ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

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

5 - Nome completo:

THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 516.001.334-95

7 - Profissão:

DOLAR

8 - Endereço:

NOVA BOMBA

9 - Número:

215

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BOMBA

12 - Cidade:

SERRA TALEHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.903-080

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

87.99998.1477

DADOS CADASTRAIS

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 586

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 100 4130 9

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTAS: _____

AGÊNCIA: _____

CONTAS: _____

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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 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

40 - Local e Data, SERRA TALEHADA-PE 07/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Thais Thesly Ferreira dos Santos

George Carlos Melo Bimba



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC

DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0267003070**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019** às **12:30**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **13/5/2019** às **08:20**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, BR-232, KM 410 - SÃO CRISTÓVÃO** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
RENATO GABRIELSOARES DE CALDAS (TESTEMUNHA)
ARTHUR PÍETRO FERREIRA SOARES (VITIMA)
THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RENATO GABRIELSOARES DE CALDAS

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

THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA VALDENIR FERREIRA DE SOUZA** Pai: **JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS** Data de Nascimento: **12/1/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8942781/SDS/PE (RG), 11600133495 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 99479537**

Endereço Residencial: **RUA MANOEL TOME DE SOUZA, 215 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ARTHUR PÍETRO FERREIRA SOARES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS** Pai: **RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS** Data de Nascimento: **16/5/2016** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **RUA MANOEL TOME DE SOUZA, 215 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RENATO GABRIELSOARES DE CALDAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA PENHA SOARES CALDAS** Pai: **ROSILDO ALVES DE CALDAS** Data de Nascimento: **12/10/1992** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **08709325433 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 96231438**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, COHAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

04 SET 2019

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMA9199** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **164665749** Chassi: **9C2KC15109R107454**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS, COMUNICANDO QUE VINHA DE GARUPA , JUNTAMENTE COM SEU FILHO ARTHUR PÍETRO FERREIRA SOARES, EM UMA MOTOCICLETA, CONDUZIDA PELA PESSOA DE RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS, QUANDO O MESMO AO REALIZAR UMA MANOBRA PROIBIDA, FOI SURPREENDIDO POR OUTRA MOTOCILETA QUE COLIDIU COM A MOTOCICLETA EM QUE A VÍTIMA ESTAVA. AS VÍTIMAS CAIRAM AO SOLO E SOFRERAM FRATURAS, O MENOR FRATUROU A Perna DIREITA E A PESSOA DE THAIS FRATUROU A TÍBIA E A FÍBOLA DA Perna DIREITA E O CONDUTOR TEVE APENAS ESCORIAÇÕES. AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS AO HOSPAR. SEM MAIS NADA A TRATAR ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Thais Thesly Ferreira dos Santos
THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVANETE LOPES DA SILVA MAT. 220.890-3** - Matrícula: **220890-3**



04 SET 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

— 11 —

4 - Nome completo da vítima:

ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

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

5 - Nome completo:

THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 516.001.334-95

7 - Profissão:

DOLAR

8 - Endereço:

NOVA BOMBA

9 - Número:

215

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BOMBA

12 - Cidade:

SERNA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.903-080

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

87.99998.1477

DADOS CADASTRAIS

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\$5.000,0021 - 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) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 586 CONTA: 100 4130 9

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 atende 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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:

 Sim Não

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: SERNA TALHADA-PE 07/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Thais Thesly Ferreira dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

04 SET 2019

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



HOSPAIM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMEMON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº 75

Data:	19-05-19	Horas:	09:40h		
Nome:	Máfir Díctro Ferreira Soares				
Nome Social:					
Nascimento:	16-05-16	Sexo:	MASC.		
Escolaridade:					
Mãe:	Máris Thely Ferreira dos Santos				
Endereço:	Av. Manoel Tomé da Silva, 5111				
Bairro:	Centro				
Cartão SUS:	SUSPE				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda		
	Amarela	Indígena			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL

Situação/Queixa:

Máfir Ferreira @ HÁ 265, ACIDEN-
TE MOTO

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

DR. EDMAR LIMA GOMES

Tratamento:

Rx Ferre Dif
TAZ / ANALGÉSICO 1000
A SAI URGENTE P/ TTO CR
Pedro Alves de Andrade Carvalho
CRP 05 CRM 84.181-9

Hipótese Diagnóstica:

Fest. TTBIS

Carimbo e Assinatura:
Pedro Alves de Andrade Carvalho
CRM 84.181-9

04 SET 2019

Paciente em lista de espera



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMEMON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 75

Data:	13-05-19	Horas:	09:10h		
Nome:	Máthias Pietro Ferreira Soares	Profissão:	menor		
Nome Social:					
Nascimento:	16-05-16	Sexo:	MASC.		
Escolaridade:		Responsável:	Renato		
Mãe:	Faíska Thalesy Ferreira dos Santos	Estado Civil:			
Endereço:	Rua Manoel Tomé de Souza	Cidade:	EMP		
Bairro:	Sexto	RG/CPF:	1605 5281		
Cartão SUS:		Fone:			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situação/Queixa:

Dores fortes no tórax, acidente de moto

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

DR, normal exame g

Tratamento:

Rx Dorosa Drip
TA / ANALGÉTICO
ASAS VENTOS P/ TTO CR
Pedro Augusto de Carvalho
Assinatura: Pedro Augusto de Carvalho
Data: 04 SET 2019

Hipótese Diagnóstica:

Fest. TTBIS (D)

Carimbo e Assinatura:

04 SET 2019

Paciente em lista de espera

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: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 00001004130-9

Nr. Autenticação

BRADESCO25102019050000000002370058600001004130168750 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL | **FATURA** | **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bco Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscrição Est. 0006943-03 | www.celpa.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA VALDENIR FERREIRA DE SOUZA

CPF 764 235 144-E2 NIS 122121

© 1999

CLASSIFICAÇÃO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA NÔVA ROMA, 216

W.W. BOMBA 215

Nº DA NOTA FISCAL			SÉRIE	EMISSÃO	7004570531	03/2019
054265204	UNICA			15/03/2019	DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
APRESENTAÇÃO			Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	22/03/2019	12/04/2019
15/03/2019	2010820457			3863262	TOTAL A PAGAR (R\$)	53,28
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL						

DESCRICAO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh			
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	30,000000	0,18693510	5,6
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	70,000000	0,32048018	22,4
Contrib. Ilum. Pública Municipal	40,000000	0,48069027	19,2
ICMS Subvenção-CDE-NF 042834884-17/12/18			4,3
Multa por atraso-NF 046745393- 15/01/18			0,49
Juros por atraso-NF 046745393- 15/01/19			0,89
			0,38

[CTAI De Fribourg]

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										53.28	
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	INDE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
R29723	CAT	13/02/2019		27 526,00	15/03/2019		27 666,00	30	1,00000		140,00

METRÍCAS kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$ 20,66	49,73%
MAR'19	140				Transmissão	R\$ 3,06	6,48%
FEV'19	140	ICMS			Distribuição (Celpe)	R\$ 14,29	30,24%
JAN'19	134	PIS			Perdas de Energia	R\$ 4,49	9,50%
DEZ'18	141	COFINS	47,25	1,01	Energias Sectoriais	R\$ 2,07	4,38%
NOV'18	141			0,47	Tributos	R\$ 2,58	5,67%
OCT'18	154			0,21	Total	R\$ 47,25	100%
SET'18	134				ENTRIFAS APLICADAS:		
AGO'18	120				Consumo Aberto até 30 kWh		0,17628960
JUL'18	131				Consumo Aberto Superior a 30 até 100 kWh		0,30222600
JUN'18	142				Consumo Aberto Superior a 100 até 220 kWh		0,45333600
MAY'18 <td>162</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	162						
APR'18	146						
MAR'18	129						

4862 5341 4EE9 8344 3000 000

INFORMACIÓN ADICIONAL

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ ESTÁ Sendo Atendido por um Agente da Celpe

INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Este documento NÃO substitui aviso de direitos autorais e NÃO contempla direitos em discussão. Caso a Autorização do fornecedor não esteja por conta de todos os fatores, pode ocorrer o encerramento do contrato, perdendo o usuário o direito de obter licenças contra os critérios definidos no artigo 41 da Lei 9.609/98. Ocorrerá a perda de cobertura, bem como a perda de direitos autorais.

As competências gerenciais de formação continuada (Resolução ANEE 414/2010), tarefas, procedimentos, serviços prestadores e bens que se encaminham à disponibilização, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site.

NÍVEIS DE TENSÃO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

CPF: 286.442.044-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
073102422	ÚNICA	13/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO DOCUMENTO	Nº DA INSTALAÇÃO
13/08/2019	2000630115	3660341

CONTA CONTRATO	MESANO
1130133025	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
21/08/2019	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,84

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	171.000000	0,77545172	132,60
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,78
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 085393255-11/08/19			1,15
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00

TOTAL DA FATURA 163,84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	DATA	Nº DE DIAS	CONSTANTE AJUSTE CONSUMO (kWh)
180754	CAT	11/07/2019	8.250,00	8.421,00	13/08/2019	33	1,00000 171,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE IMPROS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
AGO 19	171				Geração de Energia R\$ 48,08 34,88%
JUL 19	159	ICMS	25,00	34,84	Transmissão R\$ 4,82 3,48%
JUN 19	170	PIS	0,74	1,02	Distribuição (Cepe) R\$ 29,23 21,09%
MAI 19	209	COFINS	3,42	4,73	Perdas de Energia R\$ 9,21 6,85%
ABR 19	193				Encargos Setoriais R\$ 5,86 4,95%
MAR 19	229				Tributos R\$ 40,39 29,15%
FEV 19	240				Total R\$ 138,67 100%
JAN 19	219				
DEZ 18	232				
NOV 18	242				
OUT 18	246				
SET 18	182				
AGO 18	182				

Consumo Ativo(kWh) 0,54533000

RESERVADO AO FISCO

E4A2 94E9.28C2 4BB7.185D 15AC E0BD 79EC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Informações de tarifa de fatura 717 nesse site da prefeita / imagem video informa: sua fatura é gerada no momento da leitura e não no momento da cobrança. "Na data de leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.anatel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, contribuição para o Fundo Eletricidade 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Preguiça em desempenhar o prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º RBV 581/13.

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

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
CONJUNTO	VALOR ANNUO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL
DIC	0,00	5,43	10,88
FIC	0,00	3,30	6,60
DMIC	0,00	3,11	0,00

Límite DICL: 12,22 EUZO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 51,02

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

AUTORIZADO POR REDEMEIREL
SERIADO N.º 540202
SERIADO N.º 540202



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:
<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
TEIAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS Inscrito (a) no CPF sob o N° 116.001.334 / 95
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ARTHUR DIETRICH FERREIRA SOARES
Inscrito (a) no CPF sob o N° _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR 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>ANTÔNIO TÔMÉ DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA FALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56.903-220</u>

Local e Data:

SERRA FALHADA - PE 28/08/2019

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS,
RG nº 8.422.044, data de expedição 09/02/2010
Órgão ", portador do CPF nº 087.093.254-33,
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA - PE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
VLIA MILITAR COHAB, nº 61,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES, cujo o condutor era
RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS.
Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA CG 150 Ano: 2009
Placa: AMA - 9199 Chassi: 9C2KC15109R707454
Data do Acidente: 13/05/2019

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 10/09/2019



x Renato Gabriel Soares de Caldas
Assinatura do Declarante

x Renato Gabriel Soares de Caldas
Assinatura do Condutor

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

11 SET 2019

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma Por Autenticidade de RENATO GABRIEL
SOARES DE CALDAS Soc. Faz. Serra Talhada - PE. Em Teste ()
) da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva Titular. ()
Maria Lúcia de Souza Substituta Encol-R\$ 3,39 TSNR-R\$
0,80 FERC-R\$ 0,40 FERM-R\$ 0,04 FUNSEG-R\$ 0,08
Sel.: 0074872.YYW08201902.00787 10/09/2019 15:19:21
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CPF: 087.093.384-20
Substituta
Matri. Lúcia de Souza
CNPJ: 08.709.338-0001-20

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



HOSPAIM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMEMON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº 75

Data:	19-05-19	Horas:	09:40h		
Nome:	Máfir Díctro Ferreira Soares				
Nome Social:					
Nascimento:	16-05-16	Sexo:	MASC.		
Escolaridade:					
Mãe:	Máris Thely Ferreira dos Santos				
Endereço:	Av. Manoel Tomé da Silva, 5111				
Bairro:	Centro				
Cartão SUS:	SUSPE				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda		
	Amarela	Indígena			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL

Situação/Queixa:

Máfir Ferreira @ HÁ 265, ACIDEN-
TE MOTO

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

DR. ESPECIAL CONTA CR

Tratamento:

Rx Ferre Dif
H.A / ANALGÉTICO 1000
A.SS V.CORT P/TTO CR

Hipótese Diagnóstica:

Fest. P.B.I.

Carimbo e Assinatura: Pedro Augusto Almador de Carvalho
CRP 025 CRM 84.181-9

04 SET 2019

Paciente em lista de espera



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMEMON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 75

Data:	13-05-19	Horas:	09:10h		
Nome:	Máthias Pietro Ferreira Soares	Profissão:	menor		
Nome Social:					
Nascimento:	16-05-16	Sexo:	MASC.		
Escolaridade:		Estado Civil:			
Mãe:	Faíska Thalesy Ferreira dos Santos	Responsável:	Renato		
Endereço:	Rua Manoel Tomé de Souza	Município:	S. LUIZ		
Bairro:	S. LESTADO	CEP:	52.810		
Cartão SUS:		Fone:	16 35 52 81		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situação/Queixa:

Máthias Ferreira ① HÁ 265, ACIDENTE
DE MOTO

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

DR, normal exame g

Tratamento:

Rx Ferreira ① Apif
ATA / ANALGÉTICO
ASAS VACUUM P/ TTO CR
Pedro Augusto de Carvalho
Tutor: Pedro Augusto de Carvalho
Assinatura: Pedro Augusto de Carvalho
CR 164-81,9

Hipótese Diagnóstica:

Fest. TTBIS ①

Carimbo e Assinatura:

04 SET 2019

Paciente em lista de observação



CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Andreia Diniz
ANESTESIOLOGIA -
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy
NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -
CIRURGIA DO JOELHO - USG MUSCULOESEQUELÉTICO

Dra. Martha Arruda
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA -
COLPOSCÓPIA - CITOLOGIA ONCOTICA

Dr. Adelison Feitosa
MEDICINA ORTOMOLECULAR
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dra. Ana Carolina Sampaio
FONOaudióLOGA - TESTE DA ORELHINHA - AUDIOMETRIA
CLÍNICA DE SAÚDE OCUPACIONAL

Dr. Antônio Melo
CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José
REUMATOLOGISTA

Dra. Danniele Duarte
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA -
USG GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA
MORFOLOGÍCA FETAL

ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Paciente, 3 anos, vítima de acidente com motocicleta em 13/05/2019, no município de Serra Talhada-PE. Após exame de imagem foi constatada fratura em tibia direita. Realizou cirurgia para osteosíntese no Hospital São Francisco dia 14/07/2019.

Hoje, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores em perna direita, dificuldade e limitação para realizar movimentos rápidos, como correr.

No momento, apresentando déficit funcional de 50% e déficit laboral em 50% em suas atividades escolares.

SERRA TALHADA, 24 DE SETEMBRO 2019.

Dra. Tamara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.615

MÉDICA

25 SET 2019

CLÍNICA		HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA		CAGAO DO PACIENTE: ARTHUR PLETRO FERRERA SOARES	
Nascimento: 16/05/2016		Idade: 2 Anos, 11 Meses		Sexo: FEMININO	
Endereço: Cidade: SOLTEIRO(A)		Profissão: DE MENOR		Naturalidade: Naturalidade:	
Filiação: PA: RENATO GABRIEL SOARES DE CALDA		Mae: THAIS THESLY FERRERA DOS SANTOS		Endereço: RUA NOVA BOMBA	
Barro: BOMBA		Cidade: SERRA TALHADA		Estado: PE	
ELEMENTOS DA DOCUMENTAÇÃO:		Acidente de Trabalho: []		Outros Acidentes: []	
Endereço: []		Casual: []		Outros: []	
Nome do Acompanhante: []		Telefone para Contato: []			
ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS					
Endereço: []					
Local da Docência: []					
Endereços: []					
Data de Admissão: 15/05/2019					
Data de Internamento: 16/05/2019					
Data de Alta: 16/05/2019					
Período Atividade: Mês/Ano: []					
Transferência: []					
Pediatria: []					
Oftalmologia: []					
Ortopedia: []					
Traumatologia: []					
Endocrinologia: []					
Neurologia: []					
Cardiologia: []					
Urologia: []					
Ginecologia: []					
Diagnóstico Final: []					
S.A.D.T.					
<p style="text-align: center;">Fevereiro 2019</p> <p style="text-align: center;">de fevereiro</p> <p style="text-align: center;">ano 2019, dia 01, hora 16:00 horas</p> <p style="text-align: center;">paciente: SERRA TALHADA</p> <p style="text-align: center;">endereço: RUA NOVA BOMBA</p> <p style="text-align: center;">barro: BOMBA</p> <p style="text-align: center;">UF: PE</p> <p style="text-align: center;">CEP: 56.912-110</p> <p style="text-align: center;">fone/fax: (87) 3831-3366 / 3831-2142 - CEP: 56.912-110</p> <p style="text-align: center;">RG: 41.093.563/0001-99 - email: csgf@bol.com.br</p> <p style="text-align: center;">CRM: 16558-GRN-HA-1017 - Medico Responsável</p>					

Assinatura do Cirurgião

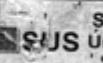
Pedro Alves de Andrade
Taubaté - São Paulo
CRM 16536 CRM-BR-1

- ⑥ Curação + Xerose da ferida
- ⑤ Fixação da ferida
- ④ Preenchimento com ceras
- ③ Adesivo curativo
- ② Até PDI / Anidrotípia
- ① Puxar o lado

CIRURGICA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nº do Procedimento:	Indicar:	Termino:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesista:



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES
2517124

4 - CNES
2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

CN 0747 J60J 55

NOME ATEND.

Leuna

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898005 JJ3232883

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Arthur Pietra Ferreira Soares

10 - DATA DE NASCIMENTO
16/05/2016

11 - SEXO
Masc. Fem.

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Thair Thely Ferreira dos Santos

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDERECO (RUAS / BAIRRO)

Rua Mano Bombo - 215 Bombo

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Gera Talhada

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO
0261220

17-UF
PI

18 - CEP
06903080

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**TRESUMA PENA D/ NO. AERONÔME
MOTO, EL EREI ODEMIS E LAMITA-
CAO FUNCIONAL**

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

Rx / EX. FEZES

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

BEST. TIBIA D

22 - CID. 10 PRINCIPAL

5.8201

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

**OTTO CURVETTO
OPERATIVOS URGENTES**

29 - CARÁTER DE INTERNACAO

30 - DOCUMENTO

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0608.05.055-1

() CNS

() CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO CONSULTADO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

32-ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Pedro Aurelano Almeida de Carvalho

Traumato Cirurgia

CRM: 16558 CRM-BA 16470

14/5/19

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGUROADORA

39 - N.º DO RILHETE

40 - SÉRIE

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CODIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ÓRGÃO EMISOR

51-N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

(AIH)

261910748097-9

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (DO REGISTRO DO CONSELHO)

JOSÉ ROBERTO VIEIRA JOSÉ TOS

Médico Autorizado

CRM-PE 601

CPF: 435.340.824-00

MOTIVO DA ALTA:

Melhorado

CARÁTER DA INTERNACAO:

Electrada

DATA DA INTERNACAO:

15/03/19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOMBRE:

ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

MATRÍCULA:

074716 01 55 2016 1 00135 016 0068881 15

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO) Dezesseis de maio de dois mil e dezesseis.	DIA 16	MÊS 05	ANO 2016
---	-----------	-----------	-------------

HORA DE NASCIMENTO
16h00min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO *
Serra Talhada - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Serra Talhada - ESTADO DE PERNAMBUCO	LOCAL DE NASCIMENTO CASA DE SAÚDE CLOTILDE SOUTO MAIOR	SEXO Masculin o
--	--	--------------------

FILIAÇÃO
RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS, natural de SERRA TALHADA - PE e THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS, natural de ITAQUERA - SP

AVOS
ROSILDO ALVES DE CALDAS e MARIA DA PENHA SOARES CALDAS e JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS e MARIA VALDENIR FERREIRA DE SOUZA

GÊMEOS
Não NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXENSO)	NUMERO DA DNV
Trinta e um de maio de dois mil e dezesseis.	30-72018466-7

Nome do ofício
Serviço de Registro Civil 1º Ofício
Oficial registrador
Ana Maria Pereira de Carvalho Rodrigues
Município UF
Serra Talhada
Endereço
Rua Enoch Ignacio de Oliveira, 906
Email: cartoriostahotmail.com
“Selo: 0074716.AQK05201601.00
www.tjpe.jus.br/selodigital”

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Serra Talhada, 31 de maio de 2016.

Serra Paulista, 31 de maio de 2011

OFICIALA

Consulte autenticidade em

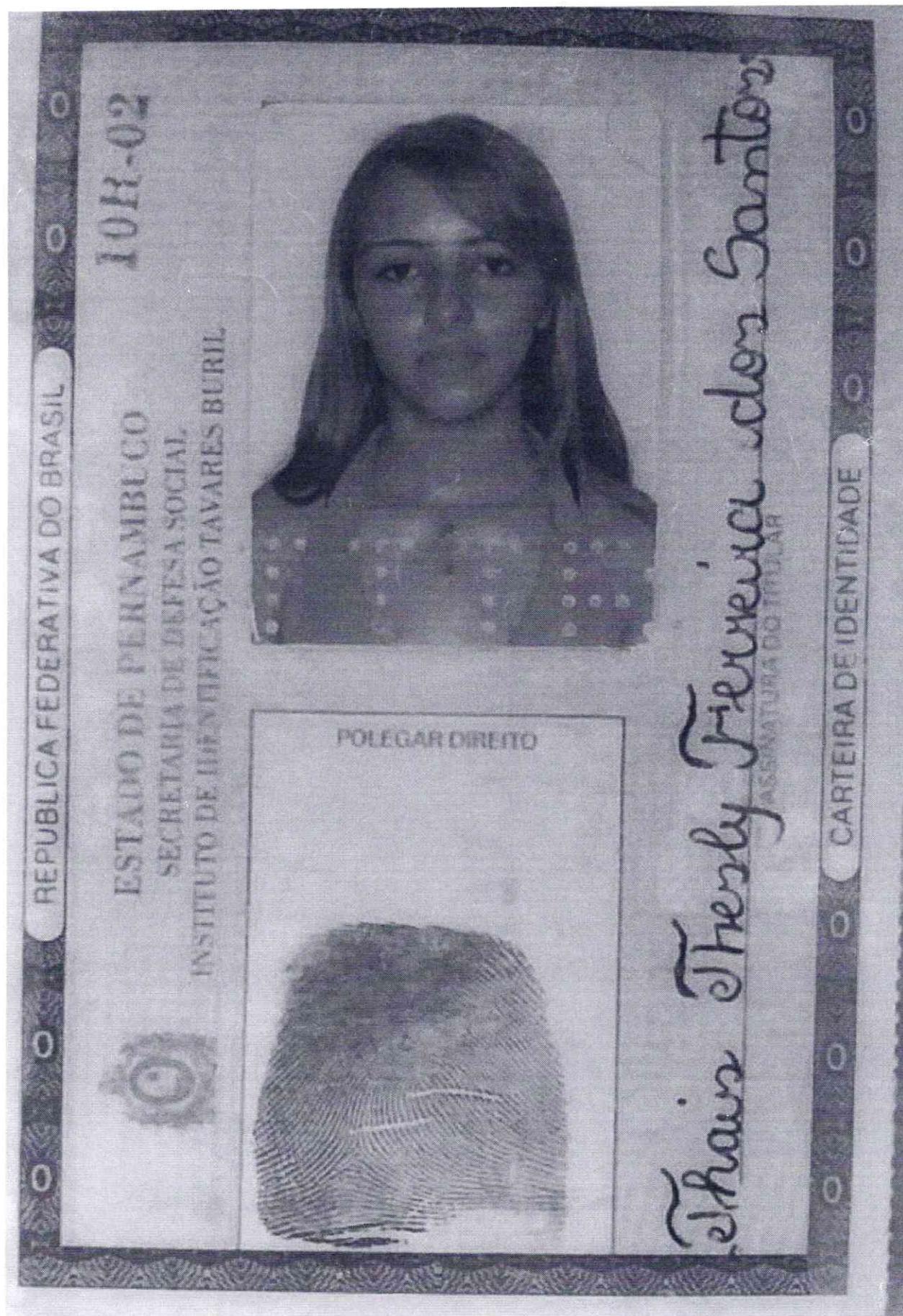
Ato gratuito

04 SET 2019

PENRASPIL A A 00007940 BBB

13/05/19 Thays

9.9947.9532 Informe de Recadastramento



04 SET 2019

13/05/19 Accidents

Q..9947-9537

REGISTRO SERIAL	8.942.781	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE PREFERÊNCIA	02/02/2010	
NOME	<< THAIS THESYL FERREIRA DOS SANTOS >>	
FILIAÇÃO	<< JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS >> << MARIA VALDENIR FERREIRA DE SOUZA >>	
MUNICÍPIO	ITAQUERA - SP	
DOC ORIGEM	12/01/1995	
GUAIANASES-SP 11.05.1995 >>		
CPF		
		Assinatura da Documentista
		LEI Nº 7.468 DE 20/06/89

**Ministério da Fazenda
Receita Federal**



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

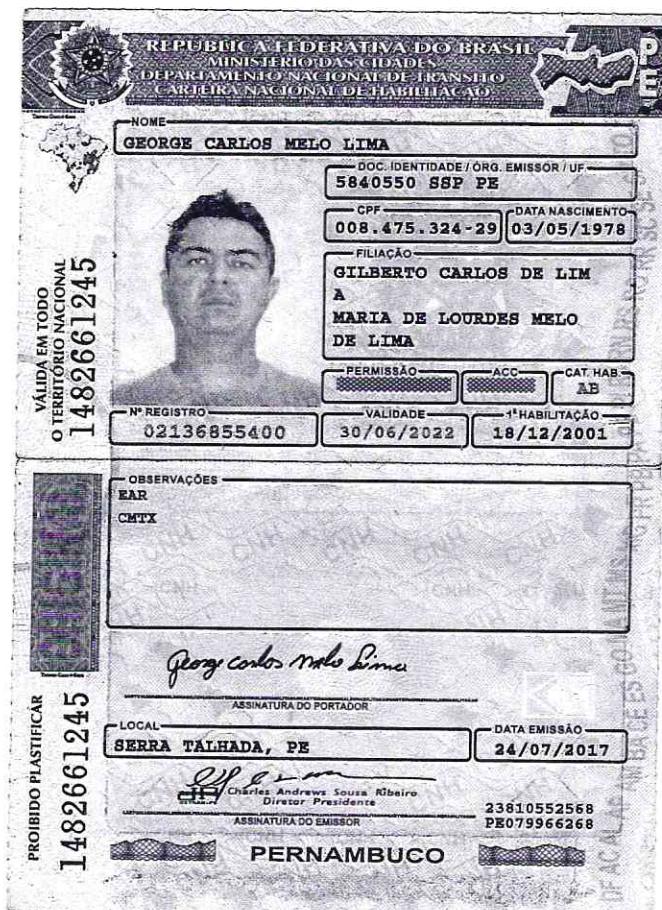
Número

116.001.334-95

Nome

THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento
12/01/1995



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190516223 Cidade: Serra Talhada Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES Data do acidente: 13/05/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2, ANEXO P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (ANEXO1 P1) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190516223 Cidade: Serra Talhada Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES Data do acidente: 13/05/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2, ANEXO P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (ANEXO1 P1) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS, brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: ALUNA, portador(a) do RG 8941.781, órgão expedidor SPS - PE
e do CPF: 116.001.334.95, residente no(a) 116.001.334.95
nº 215, bairro: BOMBA, município: SERRA TALHADA I. PE

OUTORGADO:

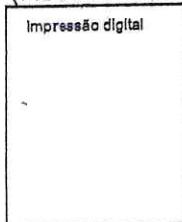
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840.550, órgão expedidor ESP - PE
e do CPF: 008.475.304-29, residente no(a) ANTÔNIO TOME DE SOUZA
nº 593, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHADA I. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de Indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES
CPF: _____ data do acidente: 13/05/019 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: SERRA TALHADA - PE, 02.07.19

Thais Thesly Ferreira dos Santos
Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA Substituta
Telefone: (87) 38311-924 CPF: 187.093.384-20

Reconheço a Firma por Autenticidade de THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS. Deu Fc. Serra Talhada- PE. Em Testº () da verdade () Reginaldo Anísio da Silva-Titular. () Maria Lúcia da Sousa-Substituta. Emol-R\$ 3,39. TSNR-R\$ 0,80. FERC-R\$ 0,40. FI _____
Selo: 0074872.UXK06201902.03324 02/07/2019 15:31:05
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS
2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

04 SET 2019

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

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

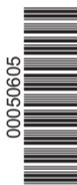
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

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



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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

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: THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 00000586-0

Conta: 000001004130-9

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, retorno 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190516223 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE Perna Direita.

Descrição do exame físico: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DEFORMIDADE EM VARO, EDEMA EM TORNOZELO E DEFICIT DISCRETO DE MOBILIDADE MID.

Resultados terapêuticos: CIRÚRGICO NO TORNOZELO. COMPLICAÇÃO: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EDEMA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190516223
Nome do(a) Examinado(a): Arthur Pietro Ferreira Soares
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nova Bomba, 215
Sao Cristovao Serra Talhada PE CEP: 56903-080
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8942781
Data local do acidente: [13/05/2019]
Data local do exame: [18/10/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE Perna Direita

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: CIRURGICO NO TORNOZELO
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
EDEMA EM TORNOZELO
DEFORMIDADE EM VARO
Data da Alta: 05/08/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
DEFORMIDADE EM VARO
EDEMA EM TORNOZELO

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT DESCRETO DE MOBILIDADE MID

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ebenone Antonio da Silva
CPF - 882.723.544-20
CRM/PE - 15122


Dr. Ebenone Baião
CRM:15122
TEOT:10541
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA