



Número: **0065869-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO SILVA FERREIRA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76987149	16/03/2021 10:04	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232665

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO SILVA FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

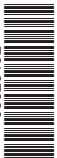
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15904272

Pag. 00923/00924 - carta_01 - INVALIDEZ

00020462





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, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232665

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO SILVA FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FABIO SILVA FERREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000002918

Conta: 0000014979-6

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: 3 - CPF da vítima: 082.260.214-80 4 - Nome completo da vítima: FABIO SILVA FERREIRA

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

5 - Nome completo: FABIO SILVA FERREIRA 6 - CPF: 082.260.214-80
7 - Profissão: MARCEIRO 8 - Endereço: RUA NOVA 9 - Número: 108 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: GOIANA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.900-000
15 - E-mail: galbinoespe@hotmail.com (81) 999441109 (81) 3538-0069

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2918 CONTA: 149796 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 - Impresão 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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







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: 082.260.214-80 4 - Nome completo da vítima: FABIO SILVA FERREIRA

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

5 - Nome completo: FABIO SILVA FERREIRA 6 - CPF: 082.260.214-80
7 - Profissão: MARCEIRO 8 - Endereço: RUA NOVA 9 - Número: 108 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: GOIANA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.900-000
15 - E-mail: galbinoespe@hotmail.com (81) 999441109 (81) 3538-0069

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2918 CONTA: 149796 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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

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

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO SILVA FERREIRA

BANCO: 341


AGÊNCIA: 02918

CONTA: 000000014979-6

Autenticação:

54044B7E332CEBCEC99D4DC0B3541C82334CBA624F38BAFA2BAEA47157318BF9



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		 CELPE www.celpe.com.br																																																									
DADOS DO CLIENTE DJANIRA MARIA DA SILVA CPF: 279.443.874-34 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA NOVA 108 A CENTRO/GOIANA 55900-000 GOIANA PE		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 2002 COMERCIAL 116 PRONTI Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 : Ouvidoria 0800 : Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefo Agência Nacional de Energia Elétrica 167-Ligação Gratuita de telefones fixos																																																									
DATA DE VENCIMENTO 09/06/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 70,22		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 02/06/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 02/06/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 110557001																																																									
CONTA CONTRATO 000242558022 Nº DO CLIENTE 2001907332 Nº DA INSTALAÇÃO 0001223577		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico																																																									
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		RESERVADO AO FISCO 9430.2706.5A5D.B0A5.C3F6.3652.717C.79DC																																																									
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																											
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																								
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	80,00	0,42901509	34,32																																																								
Consumo Ativo(kWh)-TE	80,00	0,36081955	28,86																																																								
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,63																																																								
Multa por atraso-NF 106723388 - 05/05/20			1,69																																																								
Juros por atraso-NF 106723388 - 05/05/20			0,39																																																								
Atualização IGPM-NF 106723388 - 05/05/20			0,33																																																								
TOTAL DA FATURA			70,22																																																								
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																											
ICMS		PIS																																																									
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO																																																								
63,18	25,00	15,79	0,97																																																								
COFINS		COFINS																																																									
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO																																																								
63,18	4,48	2,83	2,83																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TUSD</td> <td>0,29839000</td> <td>JUN 20</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TE</td> <td>0,25095000</td> <td>MAI 20</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 20</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 20</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 20</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 20</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 19</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 19</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 19</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 19</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 19</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUL 19</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 19</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29839000	JUN 20		Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000	MAI 20				ABR 20				MAR 20				FEV 20				JAN 20				DEZ 19				NOV 19				OUT 19				SET 19				AGO 19				JUL 19				JUN 19	
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																									
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29839000	JUN 20																																																									
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000	MAI 20																																																									
		ABR 20																																																									
		MAR 20																																																									
		FEV 20																																																									
		JAN 20																																																									
		DEZ 19																																																									
		NOV 19																																																									
		OUT 19																																																									
		SET 19																																																									
		AGO 19																																																									
		JUL 19																																																									
		JUN 19																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Geração de Energia</td> <td>19,88</td> <td>31,46</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Transmissão</td> <td>2,31</td> <td>3,86</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distribuição (Celpe)</td> <td>14,04</td> <td>22,22</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Encargos Setoriais</td> <td>3,30</td> <td>5,22</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tributos</td> <td>19,23</td> <td>30,44</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perdas de Energia</td> <td>4,42</td> <td>7,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>63,18</td> <td>100</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				Geração de Energia	19,88	31,46		Transmissão	2,31	3,86		Distribuição (Celpe)	14,04	22,22		Encargos Setoriais	3,30	5,22		Tributos	19,23	30,44		Perdas de Energia	4,42	7,00		TOTAL	63,18	100																									
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO																																																											
Geração de Energia	19,88	31,46																																																									
Transmissão	2,31	3,86																																																									
Distribuição (Celpe)	14,04	22,22																																																									
Encargos Setoriais	3,30	5,22																																																									
Tributos	19,23	30,44																																																									
Perdas de Energia	4,42	7,00																																																									
TOTAL	63,18	100																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8" style="text-align: center;">DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th>TIPO DA FUNÇÃO</th> <th>ANTERIOR DATA</th> <th>ANTERIOR LECTURA</th> <th>ATUAL DATA</th> <th>ATUAL LECTURA</th> <th>Nº DIAS</th> <th>CONSUMO kWh</th> </tr> <tr> <td>000000000050230040</td> <td>CAT</td> <td>05/05/2020</td> <td>19.124,00</td> <td>02/06/2020</td> <td>19.204,00</td> <td>28</td> <td>80,00</td> </tr> </tbody> </table>				DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DIAS	CONSUMO kWh	000000000050230040	CAT	05/05/2020	19.124,00	02/06/2020	19.204,00	28	80,00																																
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																											
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DIAS	CONSUMO kWh																																																				
000000000050230040	CAT	05/05/2020	19.124,00	02/06/2020	19.204,00	28	80,00																																																				
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você: ag correios goianinha: praça duque de caxias centro / comercial goianense de drogas: rua trapiche do melo no 32. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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%(Res414/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 comercial.				DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APUROADO</th> <th>META MENSAL</th> <th>META TRIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">abr/2020</td> </tr> <tr> <td>DIC-No.de horas sem Energia</td> <td>GOIANA</td> <td>0,00</td> <td>4,95</td> <td>9,91</td> </tr> <tr> <td>FIC-No.de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>3,17</td> <td>6,35</td> </tr> <tr> <td>DMIC-Duração máxima de interrupção contínua</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>2,77</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>DICR-Duração de interrupção em dia crítico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Limite DICR: 12,22</td> </tr> <tr> <td colspan="5">BUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,87</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qual</td> </tr> </tbody> </table>				DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APUROADO	META MENSAL	META TRIM	abr/2020					DIC-No.de horas sem Energia	GOIANA	0,00	4,95	9,91	FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 12,22	BUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,87					Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qual																
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APUROADO	META MENSAL	META TRIM																																																							
abr/2020																																																											
DIC-No.de horas sem Energia	GOIANA	0,00	4,95	9,91																																																							
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35																																																							
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00																																																							
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 12,22																																																							
BUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,87																																																											
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qual																																																											
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você: ag correios goianinha: praça duque de caxias centro / comercial goianense de drogas: rua trapiche do melo no 32. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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%(Res414/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 comercial.				NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO M/</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> </tr> </tbody> </table>				TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO		MÍNIMO M/	220	202																																														
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO																																																										
	MÍNIMO M/																																																										
220	202																																																										
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você: ag correios goianinha: praça duque de caxias centro / comercial goianense de drogas: rua trapiche do melo no 32. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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%(Res414/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 comercial.				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																							





ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NÚM. 00031 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 16.1.001.0014398-2

INSCRIÇÃO DO CLIENTE: 103668667 - Abr/2020
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA:
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO AGUA	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PUBLICA
LIGADO		1	1		
IMPONIBILIZADO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TÍTULO DE CONSUMO (R\$)		
A17S224252	31/03/2020	29/04/2020	MÉDIA HD		

AGUA:
LEIT ANT: 5 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 5
LEIT FAT: 5 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

03/2020 01
02/2020 01
01/2020 01
12/2019 01
11/2019 01
10/2019 01
MÉDIA: 01

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIMENTO A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	46
COR APARENTE	48	48	41
COLOR RESIDUAL	48	48	48
KOLIF. TOTAIS	48	48	47
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	44,08
CONSUMO DE ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	0 M3	64,84
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		2,21
JUROS DE MORA 12/2019		2,16

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IMPOSTO	108,92	1,65	1,80
IMPOSTO	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/05/2020 TOTAL A PAGAR: 113,29

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURAS PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 222,50. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABIO SILVA FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.260.214-80, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima FABIO SILVA FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.260.214-80, 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	AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número	200	Complemento	CASA
Bairro	TIMBÓ	Cidade	ABREU E LIMA		Estado	PE
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)		CEP
		(81) 3538.0069		(81) 98721.5834		53520170

Abreu e Lima/PE 30 de Junho de 2020
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 26/10/2019 10:19

Nome Paciente: FABIO SILVA FERREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 11/11/1986
Sexo: Masculino
Idade: 32 anos
Senha: 0014
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 26/10/2019 10:31 - 26/10/2019 10:36

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE
Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL BELARMINO CORRÊIA COM HISTÓRIA DE FRATURA DE ESCALÔIDE DIREITA, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA. SENHA 5801276

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 10
- FREQUENCIA CARDIACA: 81.00 BPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.10 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local:

Clínica
Enfermagem

FATURADO
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/10/2019 10:36

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 501191

Data e Hora: 26/10/2019 10:40

Senha da Classificação: [REDACTED]

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/11/1986 Idade: 32 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

Bairro: TEJUCOPAPO

Endereço: RUA NOVA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Cidade/UF: GOIANA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Prescrição Médica

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido para

() Encaminhado ao setor de Internação

Senha: _____



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 501191 Prontuário: 116466 SAME: 103520 Hora Atend: 10:40 Data Atend: 26/10/2019
Paciente..... : FABIO SILVA FERREIRA
Endereço..... : RUA NOVA
Bairro..... : TEJUCOPAPO UF.: PE CEP: 55900000
Cidade..... : GOIANA Plano.: PLANO UNICO
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA Hora Saída : 11:00
Data Saída..... : 26/10/2019

Prestador da Evolução Médica: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

DIAGNOSTICO
RETORNOU AO SERVIÇO DE ORIGEM

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/10/2019 13:32



Nome Paciente: FABIO SILVA FERREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 11/11/1986
Sexo: Masculino
Idade: 32 anos
Senha: 0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/10/2019 14:16 - 28/10/2019 14:22

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

DOR NO PUNHO DIREITO.

Observação:

PROCEDENTE DO HOSPITAL BELARMINO CORREIA COM SENHA: 5803212. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 72.00 BPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %

RECEBUE
Nº 11-11-11

HMA - Hospital Miguel Arraes

Legião de Pele

Sigla

Não (X)

Local

Fernanda Nascimento
Enfermeiro
COREN-PE 273647

Enfermeiro

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/10/2019 14:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 501455

Senha da Classificação: 0020

Data e Hora: 28/10/2019 14:39

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 11/11/1986 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: RUA NOVA 108 Bairro: TEJUCOPAPO
Cidade/UF: GOIANA PE Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
COM FRATURA DE MÃO (1ª).
FRACTURA DE MÃO (1ª).

Exame Físico

CONSULTA ORTOPEDIA
MÃO - 1ª FRACTURA

Hipótese Diagnóstico

FX 4ª FALANGE 1ª

Prescrição Médica

INTERNAÇÃO

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

5

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		2 - CNES
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº Prontuário
5 - Nome do Paciente	116466	
FABIO SILVA FERREIRA	8 - Data de Nascimento	10.1 - Etnia
7 - Cartão Nacional do SUS	11/11/1986	0000 - Não Se Aplica
705002817241350	9 - Sexo	12 - Telefone de Contato
11 - Nome da Mãe	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	8199127462
DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA	10 - Raça/Cor	14 - Telefone de Contato
13 - Nome Responsável	03 - Parda	992683114
IGNORADO	17 - IBGE	18 - UF
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	260620	PE
RUA NOVA, 108 - TEJUCOPAPO	19 - CEP	55900000
Município	GOIANA	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos		
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA +- 8 DIAS COM TRAUMA EM MÃO DIREITA EVOLUI COM DOR E EDEMA EM REGIAO TENAR NEGA ALERGIAS E		
COMORBIDADES		
PCR A PISTONAGEM DE POLEGAR WATSON POSITIVO		
21 - Condições que justificam a internação		
CITADAS ACIMA		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas		
ANAMNESE + EXAME FÍSICO		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário
FRATURA DO OSSO NAVIGULAR [ESCAFOIDE] DA MAO D	S620	W199
PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - CID 10 Causas Associadas
27 - Descrição do Procedimento Solicitado		0415020069
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		
28 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF
32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	980016278437533	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	28/10/2019	16339
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	41 - Série
38 - () Acid. Trabalho Trajeto		44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado	
AUTORIZAÇÃO		
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
	Traumatologia / Ortopedia CRM 20611 TEOT: 15666	

Código do Laudo: 501455

AIH
261910223013-0

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 60800	Sala : 0002	SALA 02	Atendimento : 501671
Paciente : 116466	FABIO SILVA FERREIRA		Carteira :
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO		Idade : 32 Anos
Leito : 70	ORTL-511-LEITO 002		
Dt. Início : 10/11/2019 08:40	Dt. Fim : 10/11/2019 09:40		
Cid Pré-Operatório : S620	FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO		
Cid Pós-Operatório : S620	FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO		

Procedimentos

Procedimento: 0408020466	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 74	BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

Equipamento

CIRURGIAO	18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
-----------	---

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO ESCAFÓIDE A DIREITA
CIRURGIA: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSO DE HEBERT
CIRURGIÃO: DR JEFFERSON
1º AUXÍLIO: DR PEDRO
INSTRUMENTADOR (A): PIERLA
ANESTESISTA: DRA NATALIA
ANESTESIA: BLOQUEIO MMSS

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPISIA;
3. GARROTEAMENTO EM MSE;
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS E GARROTEAMENTO DO MSD;
5. INCISÃO DE PELE EM DORSO DO PUNHO DE APROX 7CM;
6. DIVULSAO POR PLANOS, ABERTURA DO RETINÁCULO DOS EXTENSORES EM "Z" E ABORDAGEM ENTRE O 3º E 4º TÚNEIS, FURTURA DA CÁPSULA ARTICULAR COM FLAP EM "H"
7. VISUALIZADA FRATURA DESVIADA DO POLO PROXIMAL DO ESCAFÓIDE. APOSIÇÃO DE FIO GUIA, FRESAGEM E COLOCAÇÃO DE PARAFUSO DE HEBERT DE 20MM.
8. VERIFICAÇÃO DO POSICIONAMENTO COM RADIOSCOPIA;
10. SUTURA POR PLANOS
11. RETIRADA DE GARROTE, BOA PERFUSÃO DISTAL
12. CURATIVO ESTÉRIL;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: FABIO SILVA FERREIRA
CLÍNICA: _____

REG: 116466

ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
28/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA +- 8 DIAS COM TRAUMA EM MAO DIREITA EVOLUI COM DOR E EDEMA EM REGIAO TENAR NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES MSD DOR A PISTONAGEM DE POLEGAR WATSON POSITIVO HD FX DE ESCAFOIDE DIREITO CD INTERNAMENTO + PRE OP - STAFF DR FRANCISCO COUTO
29/10/19	#507#
07:25	HD: AMESMA
	EVOLUI BEM, ESTABILIZADO, SEM NOVAS QUEIXAS, B.E.G. SEM DOR, CD: AGUARDA C/AVULSÃO
30/10/19	#507#
07:10	HD: AMESMA
	EVOLUI BEM, ESTABILIZADO, SEM NOVAS QUEIXAS, B.E.G. SEM DOR, CD: AGUARDA C/AVULSÃO
31/10/19	#507#
08:15	HD: AMESMA
	EVOLUI BEM, ESTABILIZADO, SEM NOVAS QUEIXAS, B.E.G. SEM DOR, CD: AGUARDA C/AVULSÃO





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **501671**

Usuário: ELISAMASP

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000


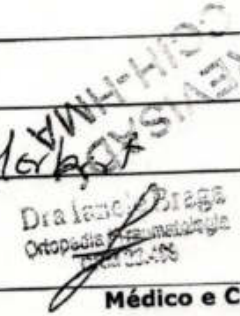
DADOS DO PACIENTE

Paciente: FABIO SILVA FERREIRA	Prontuário: 116466		
Idade: 32a 11m 19d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 11/11/1986
Profissão:	Escolaridade:	Telefone: 992683114	CEP 55900000
R.G.:	C.P.F.: 08226021480	108 - TEJUCO PAPO	- GOIANA - PE
Endereço: RUA NOVA			
Dados da Internação			
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 29/10/2019 14:39		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL		
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERD2-18	
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA			

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
Cidade:	Estado civil:	

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: <u>11/11/19</u>	Hora da Alta: _____
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: <u>Boas condições clínicas</u>	
Diagnóstico Principal.....: <u>Fratura de Escápula Direita</u>	
Diagnóstico Secundário01.: _____	
Diagnóstico Secundário02.: _____	
Medicamento.....: <u>RAM e paracetamol de 1000mg</u>	
	 Dr. Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior Ortopedia e Traumatologia Médico e CRM:
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

FABIO SILVA FERREIRA
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 501671

Dt Atendimento: 29/10/2019 - 14:39

Dt Alta: 11/11/2019 - 16:13

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 70 ORTL-511-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURL

NOME **Fábio Silva Ferreira**

FILIAÇÃO
Eliaser Rodrigues Ferreira
Djanira Maria da Silva Ferreira

NATURALIDADE Goliana - PE
DATA NASCIMENTO 11/11/1986
GRUPO SANG. / FATOR RH SD5/PE

Fábio Silva Ferreira
Assinatura do Identificado

PROIBIDO PLASTIFICAR

CATEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.711 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL 7.470.882 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/01/2020

REGISTRO CIVIL
Matr.: 077412.01.55.1988.1.00026.013.0028324.45 Goliana - PE 03/12/2019

CPF 081.250.214-90

T. ELEITOR CTPS SERIE UF

NIS/PIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CNH CIO

Polegar Direito

EC-02

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CGC 008.778

101441070

CGC 008.778





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **082.260.214-80**

Nome: **FABIO SILVA FERREIRA**

Data de Nascimento: **11/11/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/05/2006**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:47:30** do dia **29/01/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **55F6.BF8F.9C7A.1FAA**



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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014486522105
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 484420828 R.N.T.R.C. 2019

MARLUCE SOARES DA COSTA

ITAQUITINGA-PE

019.878.184-90 PLACA PFR3128

9C2KC1680CR465464 CHASSI

PAS /MOTOCICLETA ALCOOL/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI ANO MOD. 2012 2012

2F/149CL CATEGORIA PARTIC CORP. PREDOMINANTE PRETA

1 IPVA 2019 QUITADO COTA ÚNICA 1º VENC. / COTAS 1º ++++++

2 PARCELAMENTO / COTAS 2º ++++++

3 3º ++++++

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ITAQUITINGA-PE LOCAL 12/01/19

Margelaine Dutra Corrêa

Director Presidente em Exercício DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014486522105 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARLUCE SOARES DA COSTA 55950-000

ESTA É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 12/01/19

019.878.184-90 PLACA PFR3128

484420828 RENAVAM HONDA/CG150 FAN ESDI

2012 ANO FAB. 09 Nº CHASSI 9C2KC1680CR465464

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINB (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER INSCRITO (R\$)

SEGURO FAGO PAGAMENTO PARCELADO DATA DE CITAÇÃO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE É MÓ E DE PORTE OBRIGATORIO.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182018/20
Vítima: FABIO SILVA FERREIRA
CPF: 082.260.214-80
CPF de: Próprio
Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.
Data do acidente: 26/10/2019
Titular do CPF: FABIO SILVA FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

FABIO SILVA FERREIRA : 082.260.214-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200232665 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 26/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

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 LEVE DA MÃO DIREITA.

**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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: FÁBIO SILVA FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: MARCEIRO
Identidade: 7.470.882 - SDS/PE CPF: 088.260.234-80
Endereço: RUA NOVA, nº 108, CASA-A, CENTRO, GOIÂNIA-PE,
CEP= 55.900-000

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 26/10/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ABREU E LIMA-PE, 28/06/2020
Local e data

* Fábio Silva Ferreira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182018/20

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

CPF: 082.260.214-80

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 26/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO SILVA FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

FABIO SILVA FERREIRA : 082.260.214-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

