
Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190302351

Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIS ALVES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190302351
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA
Data do Acidente: 28/12/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIS ALVES DA SILVA

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190302351

Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS ALVES DA SILVA

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

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

Recebedor: LUIS ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000063785-9

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, 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



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: LUIS ALVES DA SILVA

Nº Sinistro: 3190302351
 LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190302351**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14447906



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	212.415.464-87	Leis Alves da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Leis Alves da Silva	212.415.464-87	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	At Boa Vista	89
Bairro:	Cidade:	Estado:
Alto Boa Vista	São José do Belmonte	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	56950-600	87-9634-4907

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0914	CONTA: 63785	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.

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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 29/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Leis Alves da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO
BELMONTE - DP178ªCIRC DINTER2/21ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000209

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/03/2019** às
08:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **28/12/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1,
BR-232 - DISTRITO DO BOM NOME - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO
BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
**NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
LUIS ALVES DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): LUIS ALVES DA SILVA**



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

**LUIS ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
APOLINÁRIA DA SILVA Pai: CÍCERO ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 28/12/1988
Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9242304/SDS/PE
(RG), 21241346427 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 87888448462**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, ASSENTAMENTO
BOA VISTA - DISTRITO DO BOM NOME - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO
JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): LUIS ALVES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCE4883** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Chassi: **SC2KC2506JR101893**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **NA DATA DO SINISTRO O VEÍCULO ENCONTRAVA-SE EM NOME DE**
PÂMELA SABRINA ALVES DA SILVA RENAVAM: 1132308423

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL A PESSOA DE LUIS ALVES DA SILVA, COMUNICANDO QUE POR VOLTA DAS 11H DO DIA 28/12/2018, O MESMO CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, PELA BR-232 NO SENTIDO DO ASSENTAMENTO BOA VISTA(SUA RESIDÊNCIA) COM DESTINO AO DISTRITO DO BOM NOME. QUE A VÍTIMA SE DISTRAIU E AO OLHAR PARA TRÁS, PERDEU O CONTROLE E SAIU DA RODOVIA, VINDO A CAIR NO CHÃO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LEONIDAS PEREIRA DE MENESES, ONDE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MESTRE VITALINO, EM CARUARU. QUE A VÍTIMA FRATUROU A PERNA ESQUERDA E DEVIDO A CIRURGIA A QUAL FOI SUBMETIDO, O MESMO APRESENTOU TRANBOSE PROFUNDO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, CONFORMA LAUDO MÉDICO. NADA MAIS A ACRESCENTAR, ENCERRO PRESENTE BOE.

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

LUIS ALVES DA SILVA
(VITIMA)*Luis Alves da Silva*B.O. registrado por: **VIVALDO JOSE GUIMARAES XAVIER DO CARMO -**
Matricula: **220973-0**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	212.415.464-87	Leis Alves da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Leis Alves da Silva	212.415.464-87	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	At Boa Vista	89
Bairro:	Cidade:	Estado:
Alto Boa Vista	São José do Belmonte	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	56950-600	87-9634-4907

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0914 CONTA: 63785 9

(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 29/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

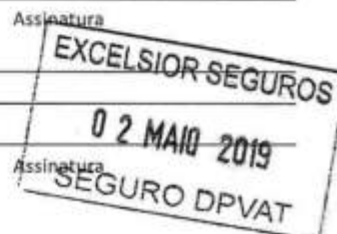
2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Nº do Registro: 00015841

Data: 28/12/2018

Hora: 12:48

Nome: LUIZ ALVES SILVA Sexo: MASCULINO

Idade: 63 Anos Data Nascimento: 20/12/1955 Estado Civil: CASADO(A)

Mãe: MARIA APOLINARIA DA SILVA Pai: CICERO ALVS DA SILVA

Cartão SUS: 127136955640000

RG: IDENTIDADE

Logradouro: BOM MONE Nº Bairro:

Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: APOSENTADO

Tipo do Atendimento: 12 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL:

Tax: [] °C FR: [] irpm FC: [] bpm HGT [] mg/dl PA 120 X 80 mmHg Peso: [] kg

Classificação de Risco: VERMELHO [] AMARELO [] VERDE [] AZUL []

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

*paciente vítima de acidente
e muito preocupado com a saúde
de seu filho (C) (B)*

Hipótese Diagnóstica:

1º do filho (C) / Insuficiência de glúteu (C)

Conduta Terapêutica:

Apresentar OPA - FAL (B)



Observação [] Internação [] Transferência [] Recusa Medicação [] Evadiu-se [] Alta [] Óbito []

[Assinatura]
Médico

[Assinatura]
Enfermeiro

Téc./Aux. Enfermagem

Assistente Social

Paciente e ou Responsável

Maria do Socorro Alves Carvalho
COREN: 385054

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000063785-9

Nr. da Autenticação AB7DE5B6E52288DF

EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JULIA MARTA ALVES DA SILVA

CPF: 029.016.454-02

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AT BOA VISTA 89

ALTO BOA VISTA/SÃO JOSE DO BELMONTE
56950-000 SÃO JOSE DO BELMONTE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

02/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

56,86

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/04/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/04/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

059436217

CONTA CONTRATO

007006041226

Nº DO CLIENTE

2010224811

Nº DA INSTALAÇÃO

0005337417

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - RESIDÊNCIA DE TRABALHADOR RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

28BE.8A69.8029.C4C7.87A4.5808.E746.E620

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	97,00	0,54135527	52,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 051898279-21/02/19			0,57
Multa por atraso-NF 048038646 - 24/01/19			1,48
Juros por atraso-NF 048038646 - 24/01/19			1,23
Atualização IGPM-NF 048038646 - 24/01/19			1,07
TOTAL DA FATURA			56,86

EXCELSIOR SEGUROS
13 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
52,51	25,00	13,12	52,51	1,35	0,70	52,51	6,21

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Reav	Valor	Vencido	Dt Reav	Valor
01/04/19	24/04/19	69,43	01/03/18	23/03/18	45,60
28/02/19	25/03/19	74,42	04/10/15	26/10/15	39,09

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,36509000	HISTÓRICO DO CONSUMO		kWh
Consumo Ativo(kWh)	0,36509000	ABR 19	97	97
		MAR 19	125	125
		FEV 19	137	137
		JAN 19	147	147
		DEZ 18	117	117
		NOV 18	164	164
		OUT 18	151	151
		SET 18	173	173
		AGO 18	149	149
		JUL 18	144	144
		JUN 18	153	153
		MAI 18	74	74
		ABR 18	78	78

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	15,84	30,17
Transmissão	2,35	4,48
Distribuição (Celpe)	10,97	20,89
Encargos Setoriais	2,82	5,37
Tributos	17,08	32,52
Perdas de Energia	3,45	6,57
TOTAL	52,51	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

000000003154438970 CAT 25/03/2019 1.629,00 24/04/2019 1.726,00 30 1,00000 0,00 97,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/05/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		fev/2019			
DIC-No.de horas sem Energia		1,35	11,84	23,08	47,78
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,35	6,58	0,00	0,00
DI-CRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DI-CRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,69					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DI-CRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: posto de medicamentos vieira l: rua capitao rufino barbosa leal 13 bom nome / posto ferraz: r capitao rufino barbosa leal 13 bom nomeLista completa em www.celpe.com.br." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. 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 Desconto incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 22,50. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006041226	04/2019	56,86	02/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luiz Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 212.415.464 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Luiz Alves da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 212.415.464 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Francisco Olavo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>IPSEP</u>	Cidade: <u>Jerra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56912-130</u>	Tel.(DDD): <u>87-9634-4907</u>

Local e Data: Jerra Talhada 26/04/2019

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS**02 MAIO 2019****SEGURO DPVAT**

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, Pamala Sabrina Alves da Silva

RG nº 10.137.393, data de expedição 06/04/2017

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 086.736.964-70

com domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 9, nº 100A

complemento Apartamento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Leio Alves da Silva, cujo o condutor era

Leio Alves da Silva

Veículo: motocicleta Modelo: Honda/CG 160 START Ano: 2017/2018

Placa: PE E 4853 Chassi: 9C 2KC 2500 J R 101893

Data do Acidente: 28/12/2018

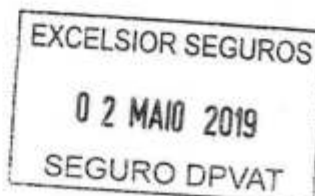
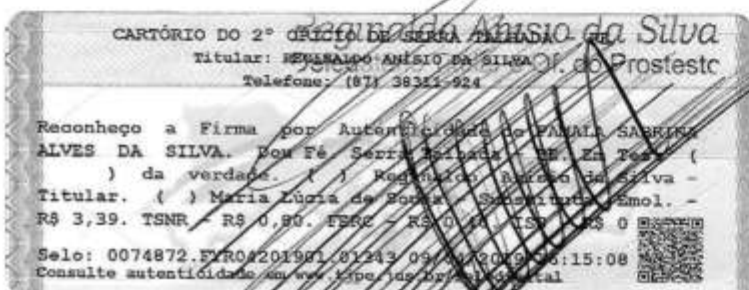
Local e Data: Serra Talhada 29/03/2019



Pamala Sabrina Alves da Silva

Assinatura do Declarante

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



Nº do Registro: 00015841

Data: 28/12/2018

Hora: 12:48

Nome: LUIZ ALVES SILVA Sexo: MASCULINO

Idade: 63 Anos Data Nascimento: 20/12/1955 Estado Civil: CASADO(A)

Mãe: MARIA APOLINARIA DA SILVA Pai: CICERO ALVS DA SILVA

Cartão SUS: 127136955640000

RG: IDENTIDADE

Logradouro: BOM MONE Nº Bairro:

Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: APOSENTADO

Tipo do Atendimento: 12 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL:

Tax.: ☐ °C FR: ☐ irpm FC: ☐ bpm HGT: ☐ mg/dl PA: ☐ X ☐ mmHg Peso: ☐ kg

Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

*paciente vítima de acidente
de trânsito, apresentando trauma
na cabeça e no tórax.*

Hipótese Diagnóstica:

fratura de fêmur e lesão de cabeça.

Conduta Terapêutica:

afixação ORTA-FIX 13



Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

[Assinatura]
Médico

[Assinatura]
Enfermeiro

Téc./Aux. Enfermagem

Assistente Social

Paciente e ou Responsável

Maria do Socorro Alves Carvalho
COREN: 385054

Luiz Alves da Silva



HOSPITAL
MESTRE VITALINO



Prontuário: 65387	Data do Pedido: 06 de Fevereiro de 2019
Nome: LUIS ALVES DA SILVA	
Pedido: 114283	Data do Exame: 08 de Fevereiro de 2019
Médico Solicitante: DILANE CRISTINA FERREIRA TAVARES	
Sector: CLINICA MEDICA	
Idade: 63a Im 22d	Exame: US DOPPLER DE UM MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR

ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

PESQUISA DE TVP

Indicação:

Estudo realizado em caráter de urgência para pesquisa/avaliação de trombose venosa profunda em membro inferior, segundo requisição médica.

Análise:

Percebo trombo levemente ecogênico que preenche parcialmente as veias femoral comum e poplítea, inferindo trombose venosa profunda. O trombo não preenche totalmente o vasos supracitados (oclusão cerca de 80% do calibre do vaso), havendo fluxo parcialmente periférico nesses segmentos ao estudo Doppler.

Dr. Filipe Aragão Félix
CRM PE 16785

FILIPES ARAGÃO FÉLIX
CRM: 16785

HMV - Hospital Mestre Vitalino
Av. Amazonas, 175 - Bairro: Luiz Gonzaga - Rodovia BR 104
CEP: 55.015-430

Paciente:	Sexo:	Idade:	Dados do Atendimento
LUIS ALVES DA SILVA	MASCULINO	63 Anos 1 Mês 10	Data/Hora Atend.: 24/01/2019 10:39
Contatos:	Endereço:	Profissional:	
	SITIO FAZENDA BOA VISTA, Bairro: ZONA RURAL Cep: 56909485 Cidade: SERRA	LEONARDO FUSCO RIEGERT	

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

INFECÇÃO COMUNITÁRIA: É A INFECÇÃO CONSTATADA OU EM INCUBAÇÃO NO ATO DE ADMISSÃO DO PACIENTE, DESDE QUE NÃO RELACIONADA COM INTERNAÇÃO ANTERIOR NO MESMO HOSPITAL.

INFECÇÃO HOSPITALAR: É QUALQUER INFECÇÃO ADQUIRIDA APÓS A INTERNAÇÃO DO PACIENTE (72 HORAS) E QUE SE MANIFESTA DURANTE A INTERNAÇÃO OU MEMO APÓS A ALTA, QUANDO PUDER SER RELACIONADA COM A INTERNAÇÃO OU PROCEDIMENTOS HOSPITALARES.

DIAGNÓSTICO(S) DE BASE (POR EXTENSO):

1- ITR

2-

3-

SE A INFECÇÃO É COMUNITÁRIA MARQUE AQUI: ☒ QUAL O PROVÁVEL SÍTIO? PULMONAR

SE A INFECÇÃO É HOSPITALAR MARQUE AQUI: ☐

MARQUE ABAIXO O PROVÁVEL DIAGNÓSTICO INFECIOSO PROVÁVEL DA INFECÇÃO HOSPITALAR:

INFECÇÃO PRIMÁRIA CORRENTE SANGÜÍNEA: <input type="radio"/> ICS NÃO ASSOCIADA À CATETER CENTRAL <input type="radio"/> ICS ASSOCIADA À CATETER CENTRAL	É PNEUMONIA NOSOCOMIAL: <input type="radio"/> NÃO ASSOCIADA À VENTILAÇÃO <input type="radio"/> ASSOCIADA À VENTILAÇÃO (PAV)	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO: <input type="radio"/> NÃO ASSOCIADA À SVD <input type="radio"/> ASSOCIADA À SVD (ITU-AC)
<input type="radio"/> INFECÇÃO SECUNDÁRIA DE CORRENTE SANGÜÍNEA - SEPSIS <input type="radio"/> SISTEMA NERVOSO CENTRAL	<input type="radio"/> INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO <input type="radio"/> PELE E TECIDOS MOLES	<input type="radio"/> GASTROINTESTINAL <input type="radio"/> OUTROS: -

OBSERVAÇÕES:

PACIENTE EM D7 DE CEFTAZIDIMA + AMICACINA COM PIORA DO LEUCO + PCR + PIORA CLÍNICA

ANTIBIOTICOTERAPIA: ☐ PROFILÁTICA ☒ TERAPÊUTICA

COM O OBJETIVO DE:

☐ INÍCIO DE TRATAMENTO ☐ ADIÇÃO DE DROGA ☒ TROCA DE TRATAMENTO ☐ AUMENTO DA DOSE

☐ DIMINUIÇÃO DA DOSE ☐ MUDANÇA DA VIA DE ADMINISTRAÇÃO ☐ AUMENTO DO TEMPO DE USO

☐ OUTRO:

ANTIMICROBIANO SOLICITADO	POSOLOGIA	DATA DE INÍCIO	PREVISÃO DE DIAS DE TRATAMENTO
CEFEPIMA	1G 8/8H	30/01/2019	10 D
METRONIDAZOL	500 MG 8/8H	30/01/2019	10 D

TEM CULTURA DE OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ RESULTADO:

SOLICITOU CULTURAS? ☐ QUAIS? HEMOC / UROC

Atenção

- A PRESCRIÇÃO DE UM ANTIBIÓTICO É UM ATO MÉDICO QUE IMPLICA EM UMA JUSTIFICATIVA PERTINENTE. COLABORE PREENCHENDO OS DADOS DE MANEIRA RESPONSÁVEL.

- O Serviço de Farmácia somente poderá liberar o medicamento mediante apresentação da ficha de solicitação de antimicrobiano devidamente preenchida.

CARUARU, 30/01/2019

ANTONIO ROMÃO LEÃO DE DEUS - CRM: Nº.18690

Dr. Antonio Romão Leão de Deus
Endocrinologia e Clínica Médica
CRM 18690

HMV - Hospital Mestre Vitalino
Av. Amazonas, nº 175 Bairro: Luiz Gonzaga - Rodovia BR 104
CEP: 550.164 - 30



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Luiz Carlos Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 2 7 1 3 6 9 5 5 6 4 0 0 0 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/12/1955

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Maria Apolinária da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Assentamento Boa Vista

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Talhada

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2613909

18 - UF

PE

19 - CEP

56900000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doença pulmonar MIE, Glaucoma + dor e visão bilateral progressiva + febre + supuração secreção MIE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

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

Ex febre e ORL febre

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA PLATO TIBIAL E

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01408050555

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Roberto de Freitas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/01/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Ilo Pereira de Andrada Melo

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8893

Médico Autorizador

26139095993-0

02

12

20.01.19 a 15.01.19

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:

02/01/2019 11:07

MÉDICO SOLICITANTE

ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CRM - 015926

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

LUIZ ALVES DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO:

524289

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

20/12/1955

SEXO:

Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

MARIA APOLINARIA DA SILVA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

ASSENTAMENTO BOA VISTA, ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

SERRA TALHADA

COD. IBGE MUNICÍPIO:

2613909

UF:

PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACT. FRATURA PLATOR TIBIAL ESQUERDA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA PLATOR TIBIAL ESQUERDA

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

URGÊNCIA

DOCUMENTO:

(X)CNS ()CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:

(X)CNS ()CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

COD. ÓRGÃO EMISSOR:

ESCLARECIMENTOS

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional Evolução**
02/01/19 11:07 ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
02/01/19 11:07	Em digitação	0h:0m:8s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
02/01/19 11:07	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO


COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



Hospital São Vicente


Hospital São Vicente

Data Atend: 10/01/2019		Atendimento: 0007793		Quarto/leito: 202 / 1	
Paciente: 00063797 - LUIZ ALVES DA SILVA					
Data Nasc: 20/12/1955		Idade: 63 Anos		Sexo: Masculino	
Profissão: AGRICULTOR		Naturalidade: SERRA TALHADA		Estado Civil: Casado	
Nome Pai: CICERO ALVES DA SILVA		Nome Mãe: MARIA APOLINÁFIA DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Endereço: ASSENTAMENTO BOA VISTA, 0 - ZONA RURAL - SERRA TALHADA - PE					
Telefones: () . / () . / (87) 9964.49452					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Suicídio ()		Casual ()		Agressão ()	
Outros ()					
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: () .	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:					
<p><i>Doença pré-existente MIE, deformidade do e hipertensão arterial MIE</i></p>					
Diagnóstico Inicial: <i>FRT. PLATO TIBIAL (E)</i>					
SADT:					
Diagnóstico Final: <i>FRT. PLATO (E)</i>					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>		Descrição Médica <input checked="" type="checkbox"/>			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferência ()			
Óbito + 48h ()		Evasão ()			
Óbito - 48h ()		Indisciplina ()			
Óbito em ____/____/____		Data do Internamento: <i>10, 1, 13</i>			
Hora: _____		Data da Alta: <i>15, 1, 13</i>			
		Local: _____			
		 Médico Responsável			



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 10/01/2019	Atendimento: 0007793	Quarto/leito: 202 / 1
Paciente: 00063797 - LUIZ ALVES DA SILVA		
Cirurgia Realizado: <i>otossusurectomia Plato Tiliacal</i>		N. do Procedimento: <i>0408030551</i>
Data: <i>14.01.19</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>Antônio</i>		
1º Auxiliar: <i>Edio</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Clóvis</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Sob anestesia Al E + seus 2 fac lateral joelho e, com placas no plano plano sem foco fratura. Redução e osteossintese Usando 01 placa 4.5 cm L e 2x4. enfiar 02 Parafusos Esponjosa 02 " " Cortical 4.5 03 Fios Kirschner. Endoscopia - sutura no plano + Precativo</i>		
<div style="text-align: right;"> Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 CPE: 056.552.08-25 Assinatura do Cirurgião</div>		



ATENÇÃO !

Unidade conveniada ao SUS, toda cobrança é proibida.
Denúncias: (87) 3929.3571

NOME: LUIS ALVES DA SILVA
DATA: 27/03/2019

RECEITUÁRIO

PARA A SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ BELMONTE

PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME PÓS FLEBÍTICA, SECUNDARIA, A
UMA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA QUE OCORREU APÓS UM
ACIDENTE DE MOTO.
TEVE NA OCASIÃO TAMBÉM UMA EMBOLIA PULMONAR.
NECESSITA MANTER-SE SOB O ANTICOAGULANTE XARELTO 20 POR
MAIS 5 MESES PELO MENOS.
ESSE LAUDO É PARA VER SE ELE CONSEGUIR O TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO PELO SUS

Dr. ROSA ELIZABETH MENEZES MAGALHAES CRM:

Dr. Rosa Elizabeth Menezes
Medicina e Cir. Vascular
CREMEPE 5812

1820





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E REGISTRO

10R03

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Luis Alves da Silva

VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 9.242.304

DATA DE EXPIRACAO 29/06/2011

NOME << LUIS ALVES DA SILVA >>

FILIAÇÃO << CICERO ALVES DA SILVA >>
<< MARIA APOLINARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE SERPA IALMADA - PE

DATA DE NASCIMENTO 20/12/1955

OCC. ORIENTA << CC 49 LUIZA F.25VZ6 CAPT. 20

DISI. SERPA IALMADA-PE 05.01.1991 >>

CPF 212.415.464-8/

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.180 DE 28/09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal


CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Nome LUIS ALVES DA SILVA

Número de inscrição 212.415.464-87

Nascimento 20/12/1955



EXCELSIOR SEGUROS

02 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190302351 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: 9

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

DE: ROSANA MENEZES
RUA: JOCA MAGALHÃES
661 A
CENTRO
SERRA TALHADA - PE
CEP: 56.903.480

EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT



Correios

PESO (kg)

3,921

DY 00707356 3 BR



SEDEX

☐ AR
☐ MP

EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 25 de 04 de 2019

x Leio Al La Silva



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190302351 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	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: 3190302351 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190302351 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

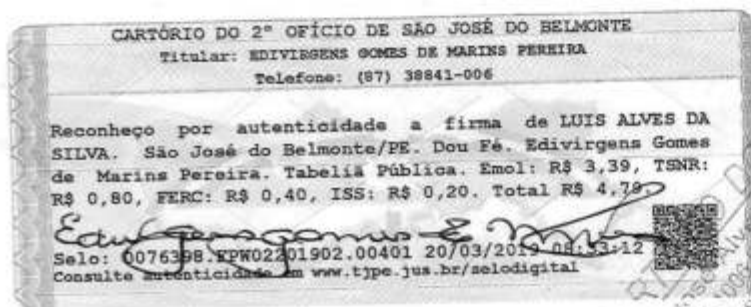
1. Outorgante Luiz Alves da Silva
portador(a) do documento de identidade nº 9.242.304, expedido por SDS-PE, em
29/06/2011, inscrito no CPF sob o nº 212.415.464-87, residente na
Alt Boa Vista, nº 89
complemento Casa, Bairro Alto Boa Vista, cidade
São José do Belmonte, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

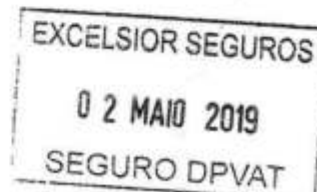
Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 07 de 02 de 2019.

Outorgante X Luiz Alves da Silva



2º OFÍCIO
de Carvalho. 32
São José do Belmonte - PE
Edivirgens Gomes de Marins Pereira
Tabela Especial para DPVAT - PROTESTO
E-mail: edivirgens@tjpe.jus.br



Inválida 28/12/20

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147072/19

Número do Sinistro: 3190302351

Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

CPF: 212.415.464-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIS ALVES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUIS ALVES DA SILVA : 212.415.464-87

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/05/2019

Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA