

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200354095

Vítima: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Data do Acidente: 26/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELE MARIA DA SILVA ENES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005923-4

Conta: 000004223-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 068.055.914-06 4 - Nome completo da vítima: Nichele Maria da Silva Enes

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

5 - Nome completo: Nichele Maria da Silva Enes 6 - CPF: 068.055.914-06
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua Nova 9 - Número: 19 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Rua Nova 12 - Cidade: Caetés 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55360-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 9.9258-3087

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)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 5923 4 CONTA: 4223 4 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias para o pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) nascido(a)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

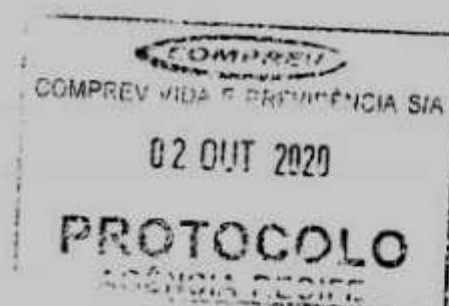
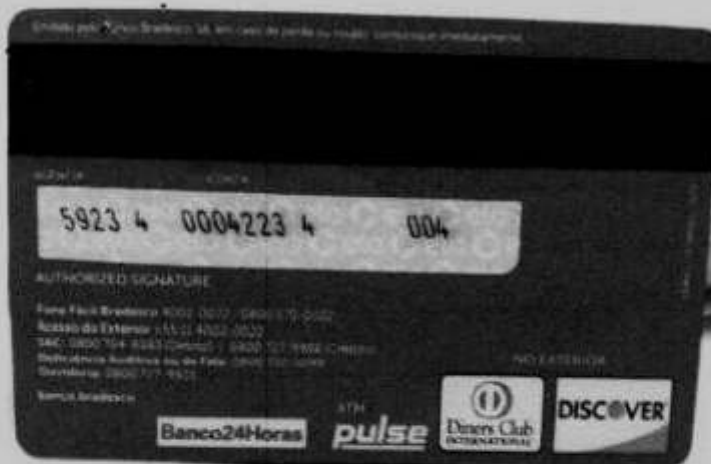
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caetés 03/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 140ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAETÉS - DP140ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0230000269**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/07/2020** às **10:47**

Complementa o BO Número: **20E0230000265**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/6/2020** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAETES, 1, BR 424 - SÍTIO LAGUINHA - ZONA RURAL DE CAETÉS - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

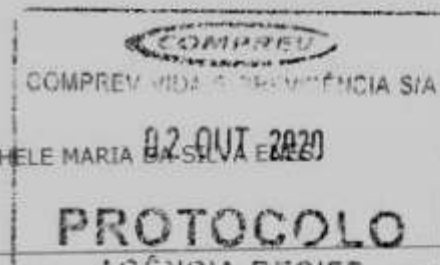
Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MICHELE MARIA DA SILVA ENES (AUTOR / AGENTE)
ADEMIR PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
KAIK DA SILVA ENES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): MICHELE MARIA DA SILVA ENES

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



MICHELE MARIA DA SILVA ENES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA APARECIDA VICENTE DA SILVA Pai: GILDO FEITOZA DA SILVA Data de Nascimento: 11/5/1987 Naturalidade: GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 558151528/SSP/SP (RG), 06805591406 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87998040841

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAETES, 19, RUA NOVA PROJETADA 05 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL**

KAIK DA SILVA ENES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MICHELE MARIA D SILVA ENES Pai: JOSÉ AGNALDO ENES Data de Nascimento: 20/11/2005 Naturalidade: CAETES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 558150949/SSP/SP (RG), 15973747417 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAETES, 19, RUA NOVA PROJETADA 05 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ADEMIR PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

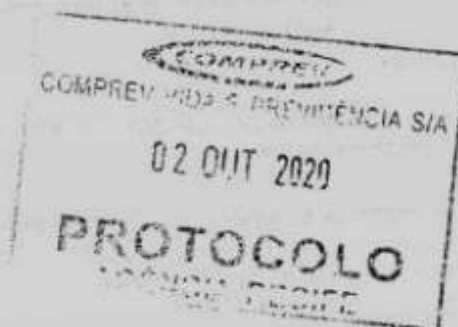
MICHELE MARIA DA SILVA ENES ESTAVA TRANSITANDO PELA BR 424 NA MEDIAÇÃO DO SÍTIO LAGUINHA, ZONA RUARAL DE CAETÉS COM SEU FILHO DE 14 ANOS, KAIK DA SILVA ENES, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E SAIU DA PISTA E CAIU DO VEÍCULO SENDO PROJETADA PARA FRENTE CAINDO NO CHÃO EM SEGUIDA, NA QUEDA FRATUROU O BRAÇO ESQUERDO TENDO SIDO LEVADA POR PARENTES ATÉ O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAETÉS ONDE OBTVEU OS PRIMEIROS SOCORROS CONFORME PRONTUÁRIO APRESENTADO, A VÍTIMA POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA EM GARANHUNS, O SEU FILHO, KAIK TEVE FRATURA NO PUNHO E TAMBÉM FOI SUBMETIDO A ATENDIMENTO MÉDICO. INFORMA QUE NA OCASIÃO NÃO HOUE TERCEIRO ENVOLVIDO NA OCORRÊNCIA. POR FIM PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA O REGISTRO DO PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

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

Michele Maria da Silva Enes

MICHELE MARIA DA SILVA ENES
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: *Rafael Souza de Carvalho* - Matrícula: 3873307





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 140ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAETÉS - DP140ªCIRC DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0230000265

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/07/2020** às **10:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **26/7/2020** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAETES, 1, BR 424 - SÍTIO LAGUINHA - ZONA RURAL DE CAETÉS - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MICHELE MARIA DA SILVA ENES (AUTOR/AGENTE)
KAIK DA SILVA ENES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELE MARIA DA SILVA ENES**

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

MICHELE MARIA DA SILVA ENES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA APARECIDA VICENTE DA SILVA** Pai: **GILDO FEITOZA DA SILVA** Data de Nascimento: **11/5/1987** Naturalidade: **GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **558151528/SSP/SP (RG), 06805591406 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87998040841**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAETES, 19, RUA NOVA PROJETADA 05 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL**

KAIK DA SILVA ENES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MICHELE MARIA D SILVA ENES** Pai: **JOSÉ AGNALDO ENES** Data de Nascimento: **20/11/2005** Naturalidade: **CAETES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **558150949/SSP/SP (RG), 15973747417 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAETES, 19, RUA NOVA PROJETADA 05 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MICHELE MARIA DA SILVA ENES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELE MARIA DA SILVA ENES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJW6366** (PERNAMBUCO/GARANHUNS) Chassi: **9C2HB02108R048194**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADEMIR PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELE MARIA DA SILVA ENES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJW6366** (PERNAMBUCO/GARANHUNS) Chassi: **9C2HB02108R048194**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

MICHELE MARIA DA SILVA ENES ESTAVA TRANSITANDO PELA BR 424 NA MEDIAÇÃO DO SÍTIO LAGUINHA, ZONA RUARAL DE CAETÉS COM SEU FILHO DE 14 ANOS, KAIK DA SILVA ENES, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E SAIU DA PISTA E CAIU DO VEÍCULO SENDO PROJETADA PARA FRENTE CAINDO NO CHÃO EM SEGUIDA, NA QUEDA FRATUROU O BRAÇO ESQUERDO TENDO SIDO LEVADA POR PARENTES ATÉ O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAETÉS ONDE OBTVEU OS PRIMEIROS SOCORROS CONFORME PRONTUÁRIO APRESENTADO, A VÍTIMA POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA EM GARANHUNS, O SEU FILHO, KAIK TEVE FRATURA NO PUNHO E TAMBÉM FOI SUBMETIDO A ATENDIMENTO MÉDICO. INFORMA QUE NA OCASIÃO NÃO HOUVE TERCEIRO ENVOLVIDO NA OCORRÊNCIA. POR FIM PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA O REGISTRO DO PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

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

x *Michele Maria da Silva Enes*
MICHELE MARIA DA SILVA ENES
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **RAFAEL SOUZA DE CARVALHO** - Matrícula: **3873307**



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: 068.055.914-06 4 - Nome completo da vítima: Michele Maria da Silva Enes

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

5 - Nome completo: Michele Maria da Silva Enes 6 - CPF: 068.055.914-06
7 - Profissão: recusou-se 8 - Endereço: Rua Nova 9 - Número: 19 10 - Complemento:
11 - Bairro: Rua Nova 12 - Cidade: Caetés 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55360-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9.9258-3087

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: 5923 4 CONTA: 4223 4 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias para o pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) nascido? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

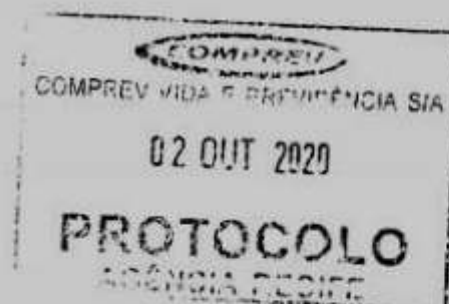
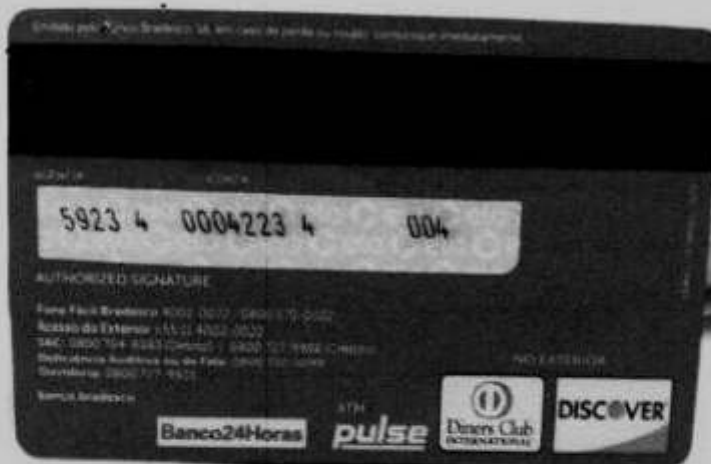
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caetés 03/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05923-4

CONTA: 000000004223-4

Nr. Autenticação

BRADESCO0910202005000000000023705923000000004223168750 PAGO

55.815.152-8 16/NOV/2013

MICHELE MARIA DA SILVA ENES

GILDO FEITOZA DA SILVA

2 MARIA APARECIDA VICENTE DA SILVA

GARANHUNS - PE 11/MAI/1987

CAETES-PE

CAETES

CC:LV.B14 /FLS.67V /N.002526

068055914/06

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 8510-0

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

PROJETO ELASTIFLEX

Michele Maria da Silva Enes

CARTeira DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 OUT 2020

PROTOCOLO

CIÊNCIA RECEB

(Handwritten signatures and stamps)

(Handwritten signature)



NOTA FISCAL - FATURA - CORTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. Manoel de Sá, 111 - Joo Vitor, Recife - PE 51070-002
CNPJ nº 07.000.000/0001-01 | Insc. Est. 000000000-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CELPE MANUTENÇÃO DE ENERGIA

CNPJ: 07.000.000/0001-01 | INSC. EST.: 000000000-00

CLASSIFICAÇÃO

01 - RESIDENCIAL
BARRAGEM COMUM
Município

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NOVA 10 - B

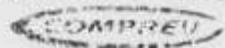
RUA NOVA PONTA ALZORE
CAETES PE
51300-000

CONSUMIDOR	DATA	VALOR
1.270.000	06/06/2020	2.200,00
2.200.000	23/07/2020	0,73

CONSUMIDOR	DATA
7029127500	06/2020
27/07/2020	23/07/2020
TOTAL PAGAR R\$	
0,73	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo FUSC de 30wh	30,000000	0,000000	0,00
Consumo TE de 30wh	30,000000	0,000000	0,00
Custo R\$ - Ponto de Entrega			0,73



COMPREV - COMISSÃO DE PREÇOS DE VENDA

02 OUT 2020

PROTOCOLO

MANUTENÇÃO DE ENERGIA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Senhora, **MICHELE MARIA DA SILVA ENES** Portador da Carteira de Identidade nº **55.615.152-8 SDS/SP**, residente e domiciliado na Rua Nova, Centro, no Município de Caetés do Estado de Pernambuco, deu entrada no Hospital Luiza Pereira de Carvalho, no dia 26 de Junho de 2020, vítima moto ciclístico, conforme cópia do Relatório de Emergência, em anexo.

Após os Primeiros Socorros, foi transferido para o Hospital regional Dom Moura, no município de Garanhuns – PE, para os procedimentos necessários.

Sem mais para o momento.

Caetés – PE, 14 de Julho de 2020.

Marco Antônio Leal Calado Filho
Secretário de Saúde Municipal de Caetés - PE

Marco Antônio Leal Calado Filho
Secretário de Saúde
Assinatura nº 008/2011

Unidade Mista Luiza Pereira de Carvalho
Caetés

Relatório de Enfermagem 26/06/2020

Médico = Eida

Enfermeira = Gleice

Téc. Enfermagem = Erika, Kamylla, Jois

Motorista = Amauri, José Melquiades

Vigilante = Reginaldo

Receção = Cristiane

Téc. Raio X = Romário

"Censo"

Atendimentos = 34

Procedimentos = Vários

Internamentos = 0

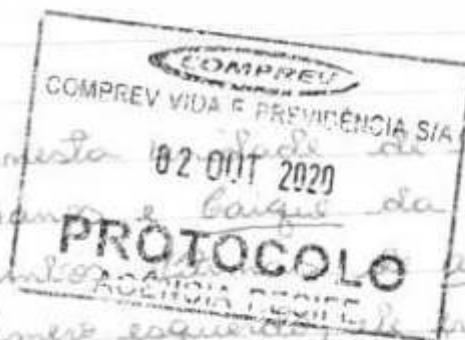
Transferências = 02

Observações = 20

Óbito = 0

"Veniências"

Às 16:00 horas deu entrada nesta unidade de saúde a paciente Michelle Maria da Silva Enes sol. 33 anos, casada, residente na Rua Nova Amélia, nº 14, com fratura de punho esquerdo após encaminhado para o HRDM. Ela com fratura de punho esquerdo após encaminhado para o HRDM.



Plantão agitado, mas limpo e organizado

Erika, Kamylla, Jois

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 378370	Data e Hora do Atendimento 26/06/2020 às 17:25:02	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025206813 - MICHELE MARIA DA SILVA ENES
 CNBS: 705603427419215 Nascimento: 11/05/1987 Idade: 33 anos Sexo: Feminino Cor: Parda
 Estado Civil: Casado(a) Profissão: agricultora Naturalidade: GARANHUNS Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG - 558151528
 Filiação: Pai: Mãe: M^a APARECIDA VICENTE DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA PROJETA 02, N^o. 01 Complemento:
 Bairro: Cidade: Caetés UF: PE Telefone: (87) 9612-3260

Acompanhante: ☐ Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
 Ocorrência: Meio de Transporte: ☐

Procedência: Caetés
 Atendimento Médico: Médico: José Siqueira - Ortopedia CRM: 12352
 Queixa Principal: Queda de 17.3m

Ida: Paciente vítima de queda de 17.3m
 de frente de mesa de 2 e 2m

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por: 02 OUT 2020
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por que:	

Exame físico:

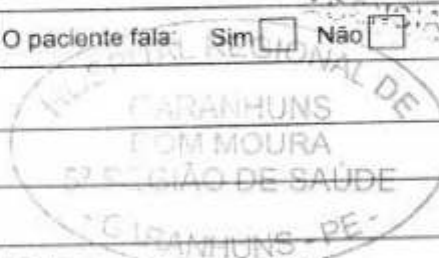
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Temp: °C
----------	---	---	----------

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular Escor: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escor: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escor: Hora:


PROTOCOLO

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Cód. Procedimento

Josevalberto S. Neto
Tratador Ortopedia
CPF: 185.729.564-00

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para:

Internado na Clínica:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

02 OUT 2020

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____



HRDM

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	Francine Maria			Idade:
Situação/Queixa:	Dor de dente 7			
Trameteu para				

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA: 120/80	R:	T:	SpO2:	HGT:	Peso:	Glasgow:
------------	----	----	-------	------	-------	----------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente:	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA
---------	----------

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdome
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma:

Data:

26/06/2020

Assinatura/Carimbo

FICHA DE INTERNAÇÃO

Numero do Registro 339064	Data e Hora do Atendimento 26/06/2020 22:20	CNS 705603427419215	Local:		
Paciente: 000146534 MICHELE MARIA DA SILVA ENES		Nascimento: 11/05/1987	Idade: 33	Sexo: Feminino	Cor: Sem informação.
Estado Civil: Casado(a)	Profissão:	Naturalidade:			
Documento: 068.055.914-06	Filiação: Pai: GILDO FEITOZA DA SILVA Mãe: MARIA APARECIDA VICENTE DA SILVA				
Endereço: RUA Bairro: CENTRO	PROJETADA 4 Cidade: CAETES	Nº: 13	Complemento:		
Telefone fixo:	UF: PE	CEP:	Telefone Celular: (87) 99629-4400		
Convênio: Particular	Categoria:	Matricula:			
Fco: JOSE SALGUEIRO DA SILVA NETO	CRM:				
Enfermaria: Posto - B	Leito: QTO. 19 LEITO 1				

Histórico: *Paciente Vitima de acidente
há mais de 12 horas*

Anamnese:

Exame médico físico: *Dr. Felipe + Defensor*

Diagnóstico: *Problema 1/3 no rim esquerdo*

Síntoma: *5422* Hipótese diagnóstica: *Problema*

Tratamento: *Tratamento clínico*

Data da alta: *28.06.2020* Motivo: *Deixa de ser*

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

02 OUT 2020

Ana Beatriz da Silva pelo presente termo, autorizo aos médicos da CASA DE SAÚDE E MAT. N. SRA. PERPÉTUO SOCORRO a procederem no paciente acima relacionado, tudo que acharem necessário para o tratamento, (exames, transfusões, etc.) dando aos mesmos, plenos direitos para o tratamento indicado, e em observância às normas do decorrente de despesas não autorizadas pelos convênios, mas necessárias ao tratamento do paciente. Com a assinatura do Sistema Único de Saúde (SUS) NÃO TERÃO QUE FAZER NENHUMA COMPLEMENTAÇÃO nos procedimentos realizados e nosocômico. Pacientes PARTICULARES será cobrada taxa administrativa de 10% sobre o valor da conta em pacientes internados.

Jose Salgueiro S. Neto
CNPJ: 10.248.599/0001-30
CRM: 12352
Trauma Ortopedia

Assinatura Médico de Carimbo

Ana Beatriz da Silva
Assinatura / Responsável

CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.
Av. Simão Gomes, 33- Fone: (87) 3762.2002 / (87) 3762.2003 - Heliópolis
Garanhuns - Pernambuco
e-mail: hpsocorro@hotmail.com



HOSPITAL
PERPÉTUO
SOCORRO

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.

Av. Simões Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003

CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55296-250 - Garanhuns - PE

e-mail: hpsocorro@hotmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE		
NOME DO PACIENTE		NÚMERO DO REGISTRO
CLÍNICA		NÚMERO DO LEITO
OPERADOR		
1º ASSISTENTE		2º ASSISTENTE
INSTRUMENTADOR		ANESTESISTA
ANESTÉSIA		DURAÇÃO
DATA DA OPERAÇÃO	INÍCIO	FIM
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		
OPERAÇÃO PROPOSTA		
OPERAÇÃO REALIZADA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Paciente no decúbito lateral em posição dorsal
Anestesia + Analgesia
Cefalosporina 1g IV
Abertura por pleurostomia
Ressecção cirúrgica + fixação
Sutura por pleurostomia
Tubo torácico



José Siqueira S. Neto
Trauma - Ortopedia
CRM: 12352
CPF: 185.429.584-00

55.815.152-8 16/NOV/2011

MICHELE MARIA DA SILVA ENES

GILDO FEITOZA DA SILVA

2 MARIA APARECIDA VICENTE DA SILVA

GARANHUNS - PE 11/MAI/1987

CAETES-PE

CAETES

CC:LV.B14 /FLS.67V /N.002526

068055914/06

200 Delegado (Procurador)

REPUBLICA DO BRASIL

LEI Nº 7.116 DE 20/06/01

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 8510-0

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

PROJETO ELASTIFLEX

Michele Maria da Silva Enes

CARTeira DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 OUT 2020

PROTOCOLO

CIÊNCIA RECEB

(Handwritten signatures and stamps)

(Handwritten signature)



NOVA FISCAL • FAYUNA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

PLANNING AND DESIGN

CLASSIFIED AD

111. 121. 131. 141. 151. 161. 171. 181. 191. 201. 211. 221. 231. 241. 251. 261. 271. 281. 291. 301. 311. 321. 331. 341. 351. 361. 371. 381. 391. 401. 411. 421. 431. 441. 451. 461. 471. 481. 491. 501. 511. 521. 531. 541. 551. 561. 571. 581. 591. 601. 611. 621. 631. 641. 651. 661. 671. 681. 691. 701. 711. 721. 731. 741. 751. 761. 771. 781. 791. 801. 811. 821. 831. 841. 851. 861. 871. 881. 891. 901. 911. 921. 931. 941. 951. 961. 971. 981. 991. 1001. 1011. 1021. 1031. 1041. 1051. 1061. 1071. 1081. 1091. 1101. 1111. 1121. 1131. 1141. 1151. 1161. 1171. 1181. 1191. 1201. 1211. 1221. 1231. 1241. 1251. 1261. 1271. 1281. 1291. 1301. 1311. 1321. 1331. 1341. 1351. 1361. 1371. 1381. 1391. 1401. 1411. 1421. 1431. 1441. 1451. 1461. 1471. 1481. 1491. 1501. 1511. 1521. 1531. 1541. 1551. 1561. 1571. 1581. 1591. 1601. 1611. 1621. 1631. 1641. 1651. 1661. 1671. 1681. 1691. 1701. 1711. 1721. 1731. 1741. 1751. 1761. 1771. 1781. 1791. 1801. 1811. 1821. 1831. 1841. 1851. 1861. 1871. 1881. 1891. 1901. 1911. 1921. 1931. 1941. 1951. 1961. 1971. 1981. 1991. 2001. 2011. 2021. 2031. 2041. 2051. 2061. 2071. 2081. 2091. 2101. 2111. 2121. 2131. 2141. 2151. 2161. 2171. 2181. 2191. 2201. 2211. 2221. 2231. 2241. 2251. 2261. 2271. 2281. 2291. 2301. 2311. 2321. 2331. 2341. 2351. 2361. 2371. 2381. 2391. 2401. 2411. 2421. 2431. 2441. 2451. 2461. 2471. 2481. 2491. 2501. 2511. 2521. 2531. 2541. 2551. 2561. 2571. 2581. 2591. 2601. 2611. 2621. 2631. 2641. 2651. 2661. 2671. 2681. 2691. 2701. 2711. 2721. 2731. 2741. 2751. 2761. 2771. 2781. 2791. 2801. 2811. 2821. 2831. 2841. 2851. 2861. 2871. 2881. 2891. 2901. 2911. 2921. 2931. 2941. 2951. 2961. 2971. 2981. 2991. 3001. 3011. 3021. 3031. 3041. 3051. 3061. 3071. 3081. 3091. 3101. 3111. 3121. 3131. 3141. 3151. 3161. 3171. 3181. 3191. 3201. 3211. 3221. 3231. 3241. 3251. 3261. 3271. 3281. 3291. 3301. 3311. 3321. 3331. 3341. 3351. 3361. 3371. 3381. 3391. 3401. 3411. 3421. 3431. 3441. 3451. 3461. 3471. 3481. 3491. 3501. 3511. 3521. 3531. 3541. 3551. 3561. 3571. 3581. 3591. 3601. 3611. 3621. 3631. 3641. 3651. 3661. 3671. 3681. 3691. 3701. 3711. 3721. 3731. 3741. 3751. 3761. 3771. 3781. 3791. 3801. 3811. 3821. 3831. 3841. 3851. 3861. 3871. 3881. 3891. 3901. 3911. 3921. 3931. 3941. 3951. 3961. 3971. 3981. 3991. 4001. 4011. 4021. 4031. 4041. 4051. 4061. 4071. 4081. 4091. 4101. 4111. 4121. 4131. 4141. 4151. 4161. 4171. 4181. 4191. 4201. 4211. 4221. 4231. 4241. 4251. 4261. 4271. 4281. 4291. 4301. 4311. 4321. 4331. 4341. 4351. 4361. 4371. 4381. 4391. 4401. 4411. 4421. 4431. 4441. 4451. 4461. 4471. 4481. 4491. 4501. 4511. 4521. 4531. 4541. 4551. 4561. 4571. 4581. 4591. 4601. 4611. 4621. 4631. 4641. 4651. 4661. 4671. 4681. 4691. 4701. 4711. 4721. 4731. 4741. 4751. 4761. 4771. 4781. 4791. 4801. 4811. 4821. 4831. 4841. 4851. 4861. 4871. 4881. 4891. 4901. 4911. 4921. 4931. 4941. 4951. 4961. 4971. 4981. 4991. 5001. 5011. 5021. 5031. 5041. 5051. 5061. 5071. 5081. 5091. 5101. 5111. 5121. 5131. 5141. 5151. 5161. 5171. 5181. 5191. 5201. 5211. 5221. 5231. 5241. 5251. 5261. 5271. 5281. 5291. 5301. 5311. 5321. 5331. 5341. 5351. 5361. 5371. 5381. 5391. 5401. 5411. 5421. 5431. 5441. 5451. 5461. 5471. 5481. 5491. 5501. 5511. 5521. 5531. 5541. 5551. 5561. 5571. 5581. 5591. 5601. 5611. 5621. 5631. 5641. 5651. 5661. 5671. 5681. 5691. 5701. 5711. 5721. 5731. 5741. 5751. 5761. 5771. 5781. 5791. 5801. 5811. 5821. 5831. 5841. 5851. 5861. 5871. 5881. 5891. 5901. 5911. 5921. 5931. 5941. 5951. 5961. 5971. 5981. 5991. 6001. 6011. 6021. 6031. 6041. 6051. 6061. 6071. 6081. 6091. 6101. 6111. 6121. 6131. 6141. 6151. 6161. 6171. 6181. 6191. 6201. 6211. 6221. 6231. 6241. 6251. 6261. 6271. 6281. 6291. 6301. 6311. 6321. 6331. 6341. 6351. 6361. 6371. 6381. 6391. 6401. 6411. 6421. 6431. 6441. 6451. 6461. 6471. 6481. 6491. 6501. 6511. 6521. 6531. 6541. 6551. 6561. 6571. 6581. 6591. 6601. 6611. 6621. 6631. 6641. 6651. 6661. 6671. 6681. 6691. 6701. 6711. 6721. 6731. 6741. 6751. 6761. 6771. 6781. 6791. 6801. 6811. 6821. 6831. 6841. 6851. 6861. 6871. 6881. 6891. 6901. 6911. 6921. 6931. 6941. 6951. 6961. 6971. 6981. 6991. 7001. 7011. 7021. 7031. 7041. 7051. 7061. 7071

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

436 2004年10月

RUA NOVA FORTA ALEGRE
CAIXES PE
55.366-000

doi:10.1017/S0007122612000111

7029127500

06/2020

Source: *Author's calculations*.

370713020

23/07/2020

0.73

INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENT & DEVELOPMENT

| | | |
|------------|-------|------------|
| 5.12796138 | CHC A | 2.25847633 |
|------------|-------|------------|

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

| | |
|----------|----------|
| 20154500 | 20154500 |
|----------|----------|

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

[illegible]

1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 26

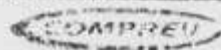
1982-1983 (1983)

DOI: 10.1002/for

Copyright © 2000 by John Wiley & Sons, Inc.

Control: 100% Pure and Natural

0.75



COMPRESA DE CONSUMIDOR S/A

02 OUT 2020

PROTOCOLLO

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PELOS CASOS DE INFELICIDADE
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAOCASO DE SEGURO DPVAT

PE Nº 8695826528 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ADENIR PEREIRA DA SILVA

GRATUITO - PE 0

040.727.584-77 KJW6286

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 8695826528 EXERCÍCIO 2010 DATA DE EMISSÃO 20/09/10

ADENIR PEREIRA DA SILVA

GRATUITO - PE 0

040.727.584-77 KJW6286

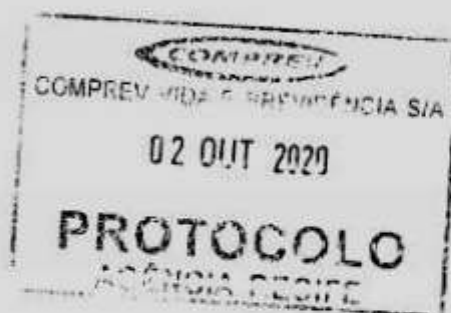
220108760 HONDA/PCP100

2008 09 9C2N59208R040194

SEGURO PAGO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ 09.249.000-01



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200354095 **Cidade:** Caetés **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE MARIA DA SILVA ENES **Data do acidente:** 26/06/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM TERÇO PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 8 _CIRURGIA

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 dos ombros | 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: 3200354095 **Cidade:** Caetés **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE MARIA DA SILVA ENES **Data do acidente:** 26/06/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM TERÇO PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 8 _CIRURGIA

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 dos ombros | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279291/20

Vítima: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

CPF: 068.055.914-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2020

Titular do CPF: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MICHELE MARIA DA SILVA ENES : 068.055.914-06

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: 02/10/2020
Nome: MICHELE MARIA DA SILVA ENES
CPF: 068.055.914-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Rebeka Vitória Ursulino da Silva