

---

**Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200262436**

**Vítima: WOSILLEY ANDRE FERREIRA**

**Data do Acidente: 25/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), WOSILLEY ANDRE FERREIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262436

Vítima: WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WOSILLEY ANDRE FERREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 077

Agência: 000000001

Conta: 000006848585-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
116.561.124-42 WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA

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

5 - Nome completo: WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA 6 - CPF: 116.561.124-42  
7 - Profissão: ALPINISTA 8 - Endereço: RUA JOSÉ FIALHO 9 - Número: 275 10 - Complemento: CASA - A  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: JTAPESSUMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.700-000  
15 - E-mail: balbrinospe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Tel (DDD): (33) 3538-0069

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
Nome do BANCO: 077  
AGÊNCIA: 0001 9 CONTA: 6848585 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Caso 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 (vivente)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 031ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPISSUMA - DP31ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0121000277**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/07/2020** às **16:04**

Complementa o BO Número: **20E0121000184**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **25/1/2020** às **21:08**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 1, PRACA DA CAMBOA** - Bairro: **CENTRO** - **ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **55000-000**  
Local do Fato: **PRACA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
WOSILLEY ANDRE FERREIRA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WOSILLEY ANDRE FERREIRA

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

**WOSILLEY ANDRE FERREIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA**  
Pai: **XX** Data de Nascimento: **28/10/1994** Naturalidade: **ITAPISSUMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8810268/SDS/PE (RG). 11656112442 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**  
Telefones Celulares:  
- **81986557266**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 275, RUA JOSE FIALHO** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO** - **ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX A MERCEARIA DE CHAVINHO**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **XX** Pai: **XX** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

**MOTO HONDA CG 125 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0,0 (UNIDADE)**

Placa: **KJQ7241** (PERNAMBUCO/ITAPISSUMA)  
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/GNV** Seguro/Apolice: **LIDER**

Complemento / Observação

**COMPACEU A ESTA DELEGACIA O SR. WOSILLEY ANDRE FERREIRA RELATANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO NAS IMEDIAÇÕES DA PRAÇA CAMBOA PROXIMO AOS CORREIOS DE ITAPISSUMA. INFORMA QUE**

ESTAVA EM POSSE DA MOTO HONDA CG 125, PLACA KJQ 7241, DE PROPRIEDADE DO SR. CARLOS JOSE DO NASCIMENTO, E QUE VINHA CONDUZINDO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CARRO PRENDENDO A SUA PERNA DIREITA. AFIRMA QUE NO MOMENTO NÃO PERCEBEU A GRAVIDADE DO ACIDENTE, E CONTINUOU CONDUZINDO A MOTO, QUANDO MINUTOS DEPOIS IDENTIFICOU SUA PERNA ENSAGUENTADA COM DOIS TENDÕES QUEBRADOS. A VITIMA INFORMA QUE SEGUIU PARA O HOSPITAL PARA QUE FOSSEM TOMADOS OS DEVIDOS CUIDADOS. NADA MAIS FOI DITO OU REGISTRADO.

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

*Wosilley Andre Ferreira*  
**WOSILLEY ANDRE FERREIRA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *mf* **MICHELINE TAVARES DOS SANTOS** - Matrícula: **2210851**  
(Liberado em **08/07/2020** às **16:05**)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 031ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPISSUMA - DP31ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0121000184**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/03/2020** às **11:08**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **25/2/2020** às **21:08**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 01, PRAÇA DA CAMBOA - Bairro: CENTRO - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **PRACA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
WOSILLEY ANDRE FERREIRA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WOSILLEY ANDRE FERREIRA

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

**WOSILLEY ANDRE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA Pai: XX Data de Nascimento: 28/10/1994 Naturalidade: ITAPISSUMA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8810268/SDS/PE (RG), 11656112442 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES**  
Telefones Celulares:  
- **81986557266**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 275, RUA JOSE FIALHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX A MERCEARIA DE CHAVINHO**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: XX Pai: XX Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

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

**MOTO HONDA CG 125 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **KJQ7241** (PERNAMBUCO/ITAPISSUMA)

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/GNV** Seguro/Apolice: **LIDER**

Complemento / Observação

**COMPACEU A ESTA DELEGACIA O SR. WOSILLEY ANDRE FERREIRA RELATANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO NAS IMEDIAÇÕES DA PRAÇA CAMBOA PROXIMO AOS CORREIOS DE ITAPISSUMA. INFORMA QUE ESTAVA EM POSSE DA MOTO HONDA CG 125, PLACA KJQ 7241, DE PROPRIEDADE DO SR. CARLOS JOSE DO NASCIMENTO, E QUE VINHA CONDUZINDO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CARRO PRENDENDO A SUA**

**PERNA DIREITA. AFIRMA QUE NO MOMENTO NÃO PERCEBEU A GRAVIDADE DO ACIDENTE, E CONTINUOU CONDUZINDO A MOTO, QUANDO MINUTOS DEPOIS IDENTIFICOU SUA PERNA ENSAGUENTADA COM DOIS TENDÕES QUEBRADOS. A VITIMA INFORMA QUE SEGUIU PARA O HOSPITAL PARA QUE FOSSEM TOMADOS OS DEVIDOS CUIDADOS. NADA MAIS FOI DITO OU REGISTRADO.**

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

*WOSILLEY ANDRE FERREIRA*

**WOSILLEY ANDRE FERREIRA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **TARCIANA BARBOSA DE QUEIROZ** - Matrícula: **3872432**

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

116.561.124-42 WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA

116.561.124-42

ALPINISTA

RUA JOSÉ FIALHO

275

CASA - A

CENTRO

JTAPESSUMA

PE

53.700-000

balbrinospe@hotmail.com (81) 999441109 (33) 3538-0069

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 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: 077

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0001 9 CONTA: 6848585 9

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Caso 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 (vivente)? ☐ 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura do Procurador (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura do Procurador (se houver)

49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura do Procurador (se houver)

51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Assinatura do Procurador (se houver)

53 - Assinatura do Procurador (se houver)

54 - Assinatura do Procurador (se houver)

55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Assinatura do Procurador (se houver)

57 - Assinatura do Procurador (se houver)

58 - Assinatura do Procurador (se houver)

59 - Assinatura do Procurador (se houver)

60 - Assinatura do Procurador (se houver)

61 - Assinatura do Procurador (se houver)

62 - Assinatura do Procurador (se houver)

63 - Assinatura do Procurador (se houver)

64 - Assinatura do Procurador (se houver)

65 - Assinatura do Procurador (se houver)

66 - Assinatura do Procurador (se houver)

67 - Assinatura do Procurador (se houver)

68 - Assinatura do Procurador (se houver)

69 - Assinatura do Procurador (se houver)

70 - Assinatura do Procurador (se houver)

71 - Assinatura do Procurador (se houver)

72 - Assinatura do Procurador (se houver)

73 - Assinatura do Procurador (se houver)

74 - Assinatura do Procurador (se houver)

75 - Assinatura do Procurador (se houver)

76 - Assinatura do Procurador (se houver)

77 - Assinatura do Procurador (se houver)

78 - Assinatura do Procurador (se houver)

79 - Assinatura do Procurador (se houver)

80 - Assinatura do Procurador (se houver)

81 - Assinatura do Procurador (se houver)

82 - Assinatura do Procurador (se houver)

83 - Assinatura do Procurador (se houver)

84 - Assinatura do Procurador (se houver)

85 - Assinatura do Procurador (se houver)

86 - Assinatura do Procurador (se houver)

87 - Assinatura do Procurador (se houver)

88 - Assinatura do Procurador (se houver)

89 - Assinatura do Procurador (se houver)

90 - Assinatura do Procurador (se houver)

91 - Assinatura do Procurador (se houver)

92 - Assinatura do Procurador (se houver)

93 - Assinatura do Procurador (se houver)

94 - Assinatura do Procurador (se houver)

95 - Assinatura do Procurador (se houver)

96 - Assinatura do Procurador (se houver)

97 - Assinatura do Procurador (se houver)

98 - Assinatura do Procurador (se houver)

99 - Assinatura do Procurador (se houver)

100 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 - Assinatura do Procurador (se houver)

102 - Assinatura do Procurador (se houver)

103 - Assinatura do Procurador (se houver)

104 - Assinatura do Procurador (se houver)

105 - Assinatura do Procurador (se houver)

106 - Assinatura do Procurador (se houver)

107 - Assinatura do Procurador (se houver)

108 - Assinatura do Procurador (se houver)

109 - Assinatura do Procurador (se houver)

110 - Assinatura do Procurador (se houver)

111 - Assinatura do Procurador (se houver)

112 - Assinatura do Procurador (se houver)

113 - Assinatura do Procurador (se houver)

114 - Assinatura do Procurador (se houver)

115 - Assinatura do Procurador (se houver)

116 - Assinatura do Procurador (se houver)

117 - Assinatura do Procurador (se houver)

118 - Assinatura do Procurador (se houver)

119 - Assinatura do Procurador (se houver)

120 - Assinatura do Procurador (se houver)

121 - Assinatura do Procurador (se houver)

122 - Assinatura do Procurador (se houver)

123 - Assinatura do Procurador (se houver)

124 - Assinatura do Procurador (se houver)

125 - Assinatura do Procurador (se houver)

126 - Assinatura do Procurador (se houver)

127 - Assinatura do Procurador (se houver)

128 - Assinatura do Procurador (se houver)

129 - Assinatura do Procurador (se houver)

130 - Assinatura do Procurador (se houver)

131 - Assinatura do Procurador (se houver)

132 - Assinatura do Procurador (se houver)

133 - Assinatura do Procurador (se houver)

134 - Assinatura do Procurador (se houver)

135 - Assinatura do Procurador (se houver)

136 - Assinatura do Procurador (se houver)

137 - Assinatura do Procurador (se houver)

138 - Assinatura do Procurador (se houver)

139 - Assinatura do Procurador (se houver)

140 - Assinatura do Procurador (se houver)

141 - Assinatura do Procurador (se houver)

142 - Assinatura do Procurador (se houver)

143 - Assinatura do Procurador (se houver)

144 - Assinatura do Procurador (se houver)

145 - Assinatura do Procurador (se houver)

146 - Assinatura do Procurador (se houver)

147 - Assinatura do Procurador (se houver)

148 - Assinatura do Procurador (se houver)

149 - Assinatura do Procurador (se houver)

150 - Assinatura do Procurador (se houver)

151 - Assinatura do Procurador (se houver)

152 - Assinatura do Procurador (se houver)

153 - Assinatura do Procurador (se houver)

154 - Assinatura do Procurador (se houver)

155 - Assinatura do Procurador (se houver)

156 - Assinatura do Procurador (se houver)

157 - Assinatura do Procurador (se houver)

158 - Assinatura do Procurador (se houver)

159 - Assinatura do Procurador (se houver)

160 - Assinatura do Procurador (se houver)

161 - Assinatura do Procurador (se houver)

162 - Assinatura do Procurador (se houver)

163 - Assinatura do Procurador (se houver)

164 - Assinatura do Procurador (se houver)

165 - Assinatura do Procurador (se houver)

166 - Assinatura do Procurador (se houver)

167 - Assinatura do Procurador (se houver)

168 - Assinatura do Procurador (se houver)

169 - Assinatura do Procurador (se houver)

170 - Assinatura do Procurador (se houver)

171 - Assinatura do Procurador (se houver)

172 - Assinatura do Procurador (se houver)

173 - Assinatura do Procurador (se houver)

174 - Assinatura do Procurador (se houver)

175 - Assinatura do Procurador (se houver)

176 - Assinatura do Procurador (se houver)

177 - Assinatura do Procurador (se houver)

178 - Assinatura do Procurador (se houver)

179 - Assinatura do Procurador (se houver)

180 - Assinatura do Procurador (se houver)

181 - Assinatura do Procurador (se houver)

182 - Assinatura do Procurador (se houver)

183 - Assinatura do Procurador (se houver)

184 - Assinatura do Procurador (se houver)

185 - Assinatura do Procurador (se houver)

186 - Assinatura do Procurador (se houver)

187 - Assinatura do Procurador (se houver)

188 - Assinatura do Procurador (se houver)

189 - Assinatura do Procurador (se houver)

190 - Assinatura do Procurador (se houver)

191 - Assinatura do Procurador (se houver)

192 - Assinatura do Procurador (se houver)

193 - Assinatura do Procurador (se houver)

194 - Assinatura do Procurador (se houver)

195 - Assinatura do Procurador (se houver)

196 - Assinatura do Procurador (se houver)

197 - Assinatura do Procurador (se houver)

198 - Assinatura do Procurador (se houver)

199 - Assinatura do Procurador (se houver)

200 - Assinatura do Procurador (se houver)

201 - Assinatura do Procurador (se houver)

202 - Assinatura do Procurador (se houver)

203 - Assinatura do Procurador (se houver)

204 - Assinatura do Procurador (se houver)

205 - Assinatura do Procurador (se houver)

206 - Assinatura do Procurador (se houver)

207 - Assinatura do Procurador (se houver)

208 - Assinatura do Procurador (se houver)

209 - Assinatura do Procurador (se houver)

210 - Assinatura do Procurador (se houver)

211 - Assinatura do Procurador (se houver)

212 - Assinatura do Procurador (se houver)

213 - Assinatura do Procurador (se houver)

214 - Assinatura do Procurador (se houver)

215 - Assinatura do Procurador (se houver)

216 - Assinatura do Procurador (se houver)

217 - Assinatura do Procurador (se houver)

218 - Assinatura do Procurador (se houver)

219 - Assinatura do Procurador (se houver)

220 - Assinatura do Procurador (se houver)

221 - Assinatura do Procurador (se houver)

222 - Assinatura do Procurador (se houver)

223 - Assinatura do Procurador (se houver)

224 - Assinatura do Procurador (se houver)

225 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 31/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WOSILLEY ANDRE FERREIRA


BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000006848585-9

---

Nr. da Autenticação 00EE1B093026213E

NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																												
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO</b> ALDO DE BARROS, 111, SOA VISTA RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50650-902 CNPJ 10.326.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 500843-43		 <b>CELPE</b> www.celpe.com.br			Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 <b>COMERCIAL 116   PRONTIDÃO 116</b> Atendimento ao cliente audível ou de fax: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 8000-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis																																							
<b>DADOS DO CLIENTE</b> JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA CPF: 068.483.394-70 <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA JOSE FILHO 275 - A CENTRO LAFRANCA 53700-000 ITAPSSUMA PE <small>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, perfis, serviços prestados e tributos são disponíveis à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br</small>		<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>21/07/2020</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>65,68</b>		<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 14/07/2020 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 14/07/2020 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 116177761 <b>CONTA CONTRATO</b> 007034418033 <b>Nº DO CLIENTE</b> 201689042 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 000882171																																								
		<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>																																										
		<b>RESERVAÇÃO DO FISCO</b> 36RA.6821.9CE2.B59B.4715.DA33.4DE9.10F6																																										
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo (KWh)-TURBO</td> <td>74,33</td> <td>0,44038988</td> <td>32,74</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo (KWh)-TE</td> <td>74,33</td> <td>0,39628832</td> <td>29,46</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ilum. Pública Residencial</td> <td></td> <td></td> <td>4,34</td> </tr> <tr> <td>ICMS Substituição-COE-NT 10828888-130502</td> <td></td> <td></td> <td>0,03</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NT 10828888-130502</td> <td></td> <td></td> <td>1,40</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NT 10828888-130502</td> <td></td> <td></td> <td>0,03</td> </tr> <tr> <td>Atualização EPM-NT 10828888-130502</td> <td></td> <td></td> <td>0,16</td> </tr> <tr> <td>Bônus (TAPU) - art 21 da Lei 10.438/02</td> <td></td> <td></td> <td>9,43</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL DA FATURA</b></td> <td></td> <td></td> <td><b>65,68</b></td> </tr> </tbody> </table>					DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo (KWh)-TURBO	74,33	0,44038988	32,74	Consumo Ativo (KWh)-TE	74,33	0,39628832	29,46	Consumo Ilum. Pública Residencial			4,34	ICMS Substituição-COE-NT 10828888-130502			0,03	Multa por atraso-NT 10828888-130502			1,40	Juros por atraso-NT 10828888-130502			0,03	Atualização EPM-NT 10828888-130502			0,16	Bônus (TAPU) - art 21 da Lei 10.438/02			9,43	<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>65,68</b>
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																									
Consumo Ativo (KWh)-TURBO	74,33	0,44038988	32,74																																									
Consumo Ativo (KWh)-TE	74,33	0,39628832	29,46																																									
Consumo Ilum. Pública Residencial			4,34																																									
ICMS Substituição-COE-NT 10828888-130502			0,03																																									
Multa por atraso-NT 10828888-130502			1,40																																									
Juros por atraso-NT 10828888-130502			0,03																																									
Atualização EPM-NT 10828888-130502			0,16																																									
Bônus (TAPU) - art 21 da Lei 10.438/02			9,43																																									
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>65,68</b>																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8" style="text-align: center;">INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>68,34</td> <td>25,00</td> <td>14,73</td> <td>68,34</td> <td>0,80</td> <td>0,47</td> <td>68,34</td> <td>2,10</td> </tr> </tbody> </table>					INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								ICMS		PIS		COFINS				BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	68,34	25,00	14,73	68,34	0,80	0,47	68,34	2,10								
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																												
ICMS		PIS		COFINS																																								
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%																																					
68,34	25,00	14,73	68,34	0,80	0,47	68,34	2,10																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8" style="text-align: center;">DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</th> </tr> <tr> <th>NÚMERO DO MÊS</th> <th>TIPO DA FATURA</th> <th>PERÍODO</th> <th>ATUAL</th> <th>MP</th> <th>CONSUMO</th> <th>AJUSTE</th> <th>CONSUMO</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>DATA</th> <th>DATA</th> <th>DATA</th> <th>DATA</th> <th></th> <th>DATA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0000000101000000</td> <td>CAT</td> <td>14/07/2020</td> <td>14/07/2020</td> <td>14/07/2020</td> <td>14/07/2020</td> <td>29</td> <td>1,0000</td> </tr> </tbody> </table>					DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								NÚMERO DO MÊS	TIPO DA FATURA	PERÍODO	ATUAL	MP	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO			DATA	DATA	DATA	DATA		DATA	0000000101000000	CAT	14/07/2020	14/07/2020	14/07/2020	14/07/2020	29	1,0000								
DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																												
NÚMERO DO MÊS	TIPO DA FATURA	PERÍODO	ATUAL	MP	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO																																					
		DATA	DATA	DATA	DATA		DATA																																					
0000000101000000	CAT	14/07/2020	14/07/2020	14/07/2020	14/07/2020	29	1,0000																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES</th> </tr> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONSUMO</th> <th>VALOR AJUSTADO</th> <th>VALOR MÍNIMO</th> <th>MÉDIA</th> <th>MÉDIA</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th>TRM</th> <th>ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DE: Não se trata de energia</td> <td>100,00%</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>10,15</td> <td>10,15</td> </tr> <tr> <td>DE: Não se trata de energia</td> <td>100,00%</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>6,47</td> <td>10,15</td> </tr> <tr> <td>DE: Não se trata de energia</td> <td>100,00%</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>10,15</td> </tr> <tr> <td colspan="5">           DCE: Duração máxima de interrupção contínua            DCE: Duração de interrupção em 24 horas            DCE: Duração de interrupção em 24 horas            DCE: Duração de interrupção em 24 horas         </td> </tr> </tbody> </table>					DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR AJUSTADO	VALOR MÍNIMO	MÉDIA	MÉDIA					TRM	ANUAL	DE: Não se trata de energia	100,00%	0,00	0,00	10,15	10,15	DE: Não se trata de energia	100,00%	0,00	0,00	6,47	10,15	DE: Não se trata de energia	100,00%	0,00	0,00	0,00	10,15	DCE: Duração máxima de interrupção contínua DCE: Duração de interrupção em 24 horas DCE: Duração de interrupção em 24 horas DCE: Duração de interrupção em 24 horas				
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																												
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR AJUSTADO	VALOR MÍNIMO	MÉDIA	MÉDIA																																							
				TRM	ANUAL																																							
DE: Não se trata de energia	100,00%	0,00	0,00	10,15	10,15																																							
DE: Não se trata de energia	100,00%	0,00	0,00	6,47	10,15																																							
DE: Não se trata de energia	100,00%	0,00	0,00	0,00	10,15																																							
DCE: Duração máxima de interrupção contínua DCE: Duração de interrupção em 24 horas DCE: Duração de interrupção em 24 horas DCE: Duração de interrupção em 24 horas																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">NÍVEL DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>					NÍVEL DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																												
NÍVEL DE TENSÃO																																												
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)																																											
	MÍNIMO	MÁXIMO																																										
220	202	231																																										
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>																																												
<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b> Na data da fatura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subenergia COE, conforme Decreto Estadual 26.458/13. O cliente é compensado quando há variação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento. Pagar, em outras palavras, não há desconto do prazo definido para os padrões de atendimento (99,999%) O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento (99,999%) Em caso de suspensão do fornecimento, o comprometimento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de atendimento. Quando também não cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. Nova Tarifa reajuste médio de 0,88% vigente a partir de 01/07/2020 (Res. ANEEL 283/20).																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">DETALHES</th> </tr> <tr> <th>CONTA CONTRATO</th> <th>MÊS/MO</th> <th>TOTAL A PAGAR (R\$)</th> <th>VENCIMENTO</th> <th>VALOR DE PAGAMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>007034418033</td> <td>07/2020</td> <td>65,68</td> <td>21/07/2020</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					DETALHES					CONTA CONTRATO	MÊS/MO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	VALOR DE PAGAMENTO	007034418033	07/2020	65,68	21/07/2020																										
DETALHES																																												
CONTA CONTRATO	MÊS/MO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	VALOR DE PAGAMENTO																																								
007034418033	07/2020	65,68	21/07/2020																																									
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este carnê será usado em leitura ótica.																																												
<b>PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO</b>																																												
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>																																												

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO  
 ABREU E LIMA PE 53525-790

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

TIPO DE LIGACÃO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO		1	1		
HIJOMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)		
A175224252	29/05/2020	30/06/2020	MÉDIA HD		

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

#### HISTÓRICO DE CONSUMO

##### REFERÊNCIA CONSUMO

05/2020 01  
 04/2020 01  
 03/2020 01  
 02/2020 01  
 01/2020 01  
 12/2019 01  
 MÉDIA: 01

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.	
TURBIDEZ	36	36	29	
COR APARENTE	36	36	29	
CLORO RESIDUAL	36	36	35	
COLIF. TOTAIS	36	36	33	
E. COLI	36	36	36	

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2020		2,17

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

VENCIMENTO: 15/07/2020.

TOTAL A PAGAR: 111,09

#### MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 4 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 448,84. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WOSILEY ANDRÉ FERREIRA  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.561.124-42, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima  
WOSILEY ANDRÉ FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.561.124-42  
\_\_\_\_\_, 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: <b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b>		Número: <b>200</b>	Complemento: <b>CASA</b>
Bairro: <b>TIMBÓ</b>	Cidade: <b>ABREU E LIMA</b>	Estado: <b>PE</b>	CEP: <b>53520170</b>
Email: <b>balbinospe@hotmail.com</b>		Telefone Comercial (DDD): <b>(81) 3538.0069</b>	Telefone celular (DDD): <b>(81) 98721.5834</b>

Abreu e Lima de 23 de Julho de 2020.  
Rossana Lígia Fernandes Dantas  
Assinatura do Declarante

## UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/01/2020 21:36

	Nome Paciente:	WOSILLEY ANDRE FERREIRA SIC
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	28/10/1994
	Sexo:	Masculino
	Idade:	25 anos
	Senha:	0144
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 25/01/2020 21:54 - 25/01/2020 21:54

JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO - COREN: 7955 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: LESAO LACERO CORTO EM PÉ DIREITO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO - COREN: 7955 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/01/2020 21:54



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

Ex: Fraturas ossas

do 4.3 PDD

Cr. no HUS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

Paciente admitido na sala de espera para aguardar transporte  
no HUS com fratura de osso.

Após 60m, com o paciente já no HUS, foi realizada a  
avaliação, sendo constatado que o paciente não possui  
lesões em outros membros.

Jose Robson P. Cardozo  
COREN-PE 209323 ENF

As 02:50h foi realizado o exame de  
radiografia do membro superior direito  
e foi constatado a presença de fratura  
de humero.

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ( ) Melhorada ( ) Com Atestado ( ) Com Prescrição

(X) TRANSFERÊNCIA LOCAL: HUS

SENHA: 5068688

( ) ÓBITO Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AS \_\_\_\_ ( ) ATESTADO DE ÓBITO ( ) SVO ( ) IML

Cláudio Costa Neto  
Médico / Traumatologia  
CRM-PE 24.099

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho  
absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

NOME LEGÍVEL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



## Protocolo de Encaminhamento

### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 368683

### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: 25

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: WOSILEY ANDRE FERREIRA Fone: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: Igarassu

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S ( ) N ( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Doença crônica de 10 anos

Hipótese Diagnóstica: Doença crônica de 10 anos

### AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN\*: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/ Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100

**EXAME NEUROLÓGICO**

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estimulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

**ABERTURA OCULAR**

Abertura Ocular Espontânea 4  
Abertura Ocular a Voz 3  
Abertura Ocular a dor 2  
Sem abertura ocular 1

**RESPOSTA VERBAL**

Orientado 5  
Confuso 4  
Resposta Inapropriada 3  
Sons Incompreensíveis 2  
Sem resposta Verbal 1

**RESPOSTA MOTORA**

Obedece ao comando 6  
Localiza Estimulo Doloroso 5  
Retirada ao Estimulo Doloroso 4  
Descorticação 3  
Descerebração 2  
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: \_\_\_\_\_

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )  
Dificuldade na fala ( )

Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midríase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

**NATUREZA DA LESÃO**

Presença de sangramento externo: S ( ) N ( )

Lesões Intra-Torácica : S ( ) N ( ) Fratura Pélvis: S ( ) N ( )

Lesões Infra-abdominais: S ( ) N ( ) Fratura em Osso Longo: Fechada ( ) Aberta ( )

**USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Usou álcool: S ( ) N ( ) Informante: Vitima ( ) Outros ( )

Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação ( ) Alteração no Humor ( )

Usou outras drogas: S ( ) N ( ) Informante: Vitima ( ) Outros ( )

Loló ( ) Maconha ( ) Cola ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lança-perfume ( ) Anfetaminas ( ) Éxtase ( )

**CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO**

Imobilização da Coluna Cervical: S ( ) N ( )

Imobilização Tala Gessada: S ( ) N ( )

Antibioticoterapia: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Oxigenioterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S ( ) N ( )

Entubação Orotraqueal: S ( ) N ( )

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FiO2: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S ( ) N ( )

RX: S ( ) N ( ) Analgesia: S ( ) N ( )

Infusão de Fluidos: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**

170 Curingo

**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: \_\_\_\_\_

Medico Regulador: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S ( ) N ( )

Local e data

Cláudio Costa Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 24.099  
Médico Assistente

# HOSPI. METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 26/01/2020 03:31

Nome Paciente: WOSILLEY ANDRE FERREIRA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 28/10/1994  
Sexo: Masculino  
Idade: 25 anos  
Senha: 0004  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 26/01/2020 03:40 - 26/01/2020 03:43

KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DA UPB DE IGARASSU COM SENHA 5868688. VITIAM DE QUEDA DE MOTO APRESENTA DOR. FRATURA EXPOSTA DE 3º E 4º PDD.

Observação:

NEGA HAS E DM  
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:  
- FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM  
- GLICOSE: 96.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 149.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 68.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %  
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBADO  
HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele

Sim ( ) Não ☒

Local .....

Enfermeiro

Kenia Maylla  
COREN: 7760-114-EN

Acolhido(a) por: KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/01/2020 03:43



HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

Atendimento: 514363

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 26/01/2020 03:47

Paciente: 133664 WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 28/10/1994 Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSICLEIDE DA SILVA PEREIRA

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

275

Bairro: CENTRO

Endereço: JOSE FIALHO

Cidade/UF: ITAPISSUMA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Paciente vítima de queda de moto com trauma  
fechado em pé direito, talonário  
MMA ALESTAS CO DA ALTA

Exame Físico

CONSCIENTE, ORIENTADO, COM MEMÓRIA  
MID: 200 + 626mm

Hipótese Diagnóstico

FX. EXPOS + 2° e 4° METATARSO (D)  
+ FRATURAS EXTENSAS EM PE

Prescrição Médica

- CEFOTRAXONA 20g + 200ml (SUSP 6-00)  
- IANAPOL 050g 2FA + 100ml  
- DIFENHIDRAMINA 20g + 200ml  
- 500mg/100ml IM  
- 100mg/100ml

AD BICO CILINDRO  
Gentamicina 240g + 100ml  
CLINDAMICINA 1200g + 200ml

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Ian Lacerda  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PE: 23590/CRM-PB: 9624

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Transferido Para

( ) Encaminhado ao setor de internação



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	WOSILLEY ANDRE FERREIRA			6 - Nº Prontuário	133654
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
7000075+6041700	28/10/1994	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	JOSICLEIDE DA SILVA PEREIRA			12 - Telefone de Contato	8198555726
13 - Nome Responsável	O MESMO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	JOSE FIALHO, 275 - CENTRO			17 - IBGE	18 - UF
16 - Município	ITAPISSUMA			260775	PE
			19 - CEP	53700000	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA E FERIMENTO EXTENSO EM PE DIREITO, CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO ESTAVEL  
3 EDEMA + FERIMENTO EXTENSO EM PE DIREITO

21 - Condições que justificam a internação  
CITADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
ANAMNESE + EXAME FISICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FX EXPOSTA DE 3 E 4º METATARSO DIREITO	S923	W199 V29.9	04.08.05.046-2

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS ( ) CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	26/01/2020	16339	

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação
	E260000001	AIH 262010245137-3
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
( ) CNS ( ) CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Dr. Luciano Biazzi Traumatologista CRM: 17.177	

Código do Laudo: 514363

**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 26/01/2020

Hora.: 09:10

Aviso de Cirurgia : 62514

Paciente : 133664

Convênio Atend. : 1

Leito : 340

Dt. Início : 26/01/2020 08:35

Cid Pré-Operatório : S923

Cid Pós-Operatório : S923

Sala : 0005 SALA 05

WOSILLEY ANDRE FERREIRA

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - EXTRA 009

Dt. Fim : 26/01/2020 09:20

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento : 514365

Carteira :

Idade : 25 Anos

Procedimento: 0408020342

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM  
FIXAÇÃO) (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO  
ANESTESISTA18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR  
14582 FELIPE CESAR LINS MENDES**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE 3º E 4º MTT DO PÉ DIREITO  
CIRURGIA: LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICOS + FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIOS K  
CIRURGIÃO: DR JEFFERSON CALUME  
1º AUXÍLIO: DR PEDRO THIAGO  
ANESTESISTA: DR FELIPE MENDES  
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO COM HEMOSTASIA DO MESMO;
5. LIMPEZA EXAUSTIVA MECANOCIRURGICA COM SF 0,9%;  
DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;  
FIXAÇÃO DAS FRATURAS DE 3º E 4º METATARSOS COM 4 FIOS K Nº 1,5
8. SUTURA DA PELE;
9. CURATIVO ESTÉRIL + TALA GESSADA TIPO BOTA.

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

FATURADO  
26/01/2020  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTA

Dr. Icaro M. S. Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 26560 PE

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

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **514365**

Usuário: WESLEYFS

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: **WOSILLEY ANDRE FERREIRA** Prontuário: 133664  
Idade: 25a 2m 29d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 28/10/1994  
Profissão: Escolaridade: CEP 53700000 - ITAPISSUMA - PE  
R.G.: C.P.F.: 06940338470 Telefone: 275 - CENTRO  
Endereço: JOSE FIALHO  
**Dados da Internação**  
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 26/01/2020 04:04  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-36  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: **04/102/1992**  
Número: CLAUDEVAL SOUSA  
FATURISTA  
Estado civil: **Cons.**

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 27/01/2020 Hora da Alta: 10 : 30  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão  
Condições de Alta: Bom  
Diagnóstico Principal.....: Fract. exposta do 2º AD  
Diagnóstico Secundário01.: CH-HMP  
Diagnóstico Secundário02.: MIS (C)  
Procedimento.....: LC + OAC + RFFP ci não K

Dra. Luciana Moser  
Traumatologia - Ortopedia  
CRM: 17.171

Médico e CRM:

Josieleide da Silva Ferreira  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Atendimento: 514365

Dt Atendimento: 26/01/2020 - 04:04

Dt Alta: 27/01/2020 - 15:19

Paciente: 133664 WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 200 ORTO-502-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MANOELASTC

CID:

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

Observação de Alta

ANA CAROLINE DA SILVA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 514363      Prontuário: 133664      SAME: 120248      Hora Atend: 03:47      Data Atend: 26/01/2020  
Paciente..... : WOSILLEY ANDRE FERREIRA  
Idade: 25 a  
Endereço..... : JOSE FIALHO  
Bairro..... : CENTRO  
UF.: PE      CEP: 53700000  
Cidade..... : ITAPISSUMA  
Plano....: PLANO UNICO  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA  
CID Principal..... : -  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída..... : 26/01/2020      Hora Saída : 04:03

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12348  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



## Protocolo de Encaminhamento

### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 5868688

### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Idade: 25

WOSLEY ANDRÉ FERREIRA

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: IGARASSU

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S ( ) N ( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Solteramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Prisão de 3 dias de quarentena

Hipótese Diagnóstica: Prisão de 3, 4: 1º grau

### AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN\*: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/ Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIE

EC-3




*Rossana Lúcia Fernandes Dantas*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÚCIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>  
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

DOC. ORIGEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE  
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 24/08/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

101

223




Wosilley André Ferreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.810.268 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/11/2014

NOME << WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA >>

FILIAÇÃO << >>  
<< JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA >>

NATURALIDADE ITAPISSUMA - PE DATA DE NASCIMENTO 28/10/1994

DOC. ORIGEM << CN.10363 L.8 F.191V CART. ITAPISSUMA-PE-09/11/1994 >>

CIT 116.561.124-42

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-63 74.991 - 4-81

DENATRAN

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014488259649

VIA	COD. RENAVAL	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	912001054	*****	2019

NOME  
CARLOS JOSE DO NASCIMENTO

ITAPISSUMA-PE

CPF / CNPJ  
053.811.544-02PLACA  
KJQ7241PLACA ANT. / UF  
\*\*\*\*\* / PECHASSI  
9C2JC30707R111414ESPECIE TIPO  
PAS / MOTOCICLETACOMBUSTIVEL  
GASOLINAMARCA / MODELO  
HONDA/CG 125 FANANO FAB.  
2007ANO MOD.  
2007CAP. / POT. / CIL.  
2P/124CLCATEGORIA  
PARTICCOR PREDOMINANTE  
PRETACOTA ÚNICA  
IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

I  
P  
V  
AFAIXA I.P.V.A.  
\*\*\*\*\*PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\*1\* \*\*\*\*\*  
2\* \*\*\*\*\*  
3\* \*\*\*\*\*PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
80.11IOF (R\$)  
0.32PRÊMIO TOTAL (R\$)  
84.58DATA DE PAGAMENTO  
04/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

PORTE OBRIGATORIO  
PARA TRANSFERENCIA

CONTRAN

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206352/20

**Vítima:** WOSILLEY ANDRE FERREIRA

**CPF:** 116.561.124-42

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/01/2020

**Titular do CPF:** WOSILLEY ANDRE FERREIRA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

### WOSILLEY ANDRE FERREIRA : 116.561.124-42

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](http://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: 23/07/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200262436 **Cidade:** Itapissuma **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WOSILLEY ANDRE FERREIRA **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 2º,3º E 4º PODODÁCTILO DIREITO. P3.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P5,7,9.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE DEDOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDOS DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### **BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: WOSILLEY ANDRE FERREIRA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: ADMINISTRATIVO  
Identidade: 8.810.268 CPF: 196.561.124-42  
Endereço: RUA JOSE F. ALBU, 275-A, CASA, CENTRO MARASSUMÁ - PE, CEP=53.700-000

### **PROCURADOR(A):**

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

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 25/01/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Itapissuma 10/02/2020  
Local e data

Wosilley Andre Ferreira

Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)

**CARTÓRIO WANDA LADYCLAIRE**  
Wanda Ladyclaire de Pedrosa Barros (Tabelão)  
Bel. Wanda Christofani de Pedrosa Barros (Tabelão)  
Bel. Helio de Pedrosa Barros (Tabelão)

Reconheço Por Autenticidade a firma de **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**, Itapissuma-PE, 10/02/2020 e do(a) **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS**, em test de verdade. SUBSTITUTO: Helio de Pedrosa Barros ENQ.: R\$ 3,59; TSNR: R\$ 0,82; FERM: R\$ 0,04; FUNRES: R\$ 0,08; FERC: R\$ 0,41; TOTAL: R\$ 5,06. autenticidade em [www.tjpe.tjpe.br/seledigital](http://www.tjpe.tjpe.br/seledigital)  
Celo10159667/000220200170001

Helio de Pedrosa Barros

At. São João, PE - CEP: 53700-000 - Fone (011) 3546-1227 - E-mail: [cartorio.wanda.ladyclaire@gmail.com](mailto:cartorio.wanda.ladyclaire@gmail.com)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200262436 **Cidade:** Itapissuma **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WOSILLEY ANDRE FERREIRA **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 3º E 4º METATARSOS DIREITOS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P5,7,9.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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