
Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200288784

Vítima: MARIA VANDA FEITOSA

Data do Acidente: 16/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA VANDA FEITOSA

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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200288784

Vítima: MARIA VANDA FEITOSA

Data do Acidente: 16/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA VANDA FEITOSA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: **MARIA VANDA FEITOSA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000052**

Conta: **0000021350-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,



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: 680329944-91 4 - Nome completo da vítima: Maria Zanda Feitoza

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

5 - Nome completo: Maria Zanda Feitoza 6 - CPF: 680329944-91
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Jo Manoel Camelo 2 9 - Número: 2 10 - Complemento: AP-03
11 - Bairro: Cohab II 12 - Cidade: Garanhuns 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55290-000
15 - E-mail: (81) 9668-4814 16 - Tel./DDD:

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: 0052 CONTA: 21350 6 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 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 do 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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, Garanhuns, 17/07/20

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 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **20E0225000877**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/06/2020** às **18:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/3/2020** às **07:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOUTORA CARMERINA VIEIRA DE MELO, 1** - Bairro: **HELIOPOLIS** -
GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MACIEL PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
RICARDO NEVES DE BARROS (VITIMA)
MARIA VANDA FEITOZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO NEVES DE BARROS**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO NEVES DE BARROS**

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

RICARDO NEVES DE BARROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS MERCÊS NEVES DE BARROS** Pai: **AULINDO VALENTIM DE BARROS** Data de Nascimento: **28/6/1981** Documentos: **6273172/SSP/PE (RG)**,
06346172492 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 1, LOTEAMENTO MANOEL CAMELO, AP 03, BL 40 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA VANDA FEITOZA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ALADIA DE BARROS GUEIROS** Pai: **SEBASTIÃO JAIME FEITOZA GUEIROS** Data de Nascimento: **29/6/1970** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 1, LOTEAMENTO MANOEL CAMELO, AP 03, BL 40 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MACIEL PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
RICARDO NEVES DE BARROS
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PGU9957 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2JC410ER111077**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RICARDO NEVES DE BARROS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO NEVES DE BARROS**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O SENHOR RICARDO NEVES RELATA QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA COM SUA ESPOSA NA GARUPA, QUANDO AO PASSAR PELO CRUZAMENTO DA RUA CARMERINA VIEIRA UM CARRO AVANÇOU O SINAL VERMELHO VINDO A COLIDIR EM SUA MOTOCICLETA. O CONDUTOR DO VEICULO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PARA O HOSPITAL DOM MOURA POR POPULARES. PRONTUARIO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR DE NUMERO 0916 E 0917.

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

Ricardo Neves de Barros

RICARDO NEVES DE BARROS
(VITIMA)

MARIA VANDA FEITOZA
(VITIMA)

X Maria Vanda Feitoza

B.O. registrado por: **SERGIO EMMANUEL VIANA AMOR DIVINO** - Matrícula: **3872564**



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: 680329944-91 4 - Nome completo da vítima: Maria Zanda Feitoza

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

5 - Nome completo: Maria Zanda Feitoza 6 - CPF: 680329944-91
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Jo Manoel Camelo 2 9 - Número: 2 10 - Complemento: AP-03
11 - Bairro: Cohab II 12 - Cidade: Garanhuns 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55290-000
15 - E-mail: (81) 9668-4814 16 - Tel./DDD:

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: 0052 CONTA: 21350 6 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 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 do 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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, Garanhuns, 17/07/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - 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: 26/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA VANDA FEITOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00052

CONTA: 000000021350-6

Nr. da Autenticação 72DF47DCB84BFCDC

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.535.932/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005043-03

CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5590
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco - ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA VANDA FEITOSA
CPF: 690.329.944-91

DATA DE VENCIMENTO

12/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

68,61

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

03/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

110753649

CONTA CONTRATO

007014181746

Nº DO CLIENTE

2002957356

Nº DA INSTALAÇÃO

0005783481

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO MANOEL, CAMELO 2 AP-03

BL.- 40
CONDOMÍNIO GARANHUNS
55250-000 GARANHUNS PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL¹
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

4470.6A17.4613.61D7.E982.077E.E5DC.08A6

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	79,00	0,42901509	33,89
Consumo Ativo(kWh)-TE	79,00	0,36081955	28,50
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,50
ICMS Subvenção-CDE-NF 103868852-03/04/20			0,50
Multa por atraso-NF 098988906 - 04/03/20			1,73
Juros por atraso-NF 098988906 - 04/03/20			0,93
Atualização IGPM-NF 098988906 - 04/03/20			
TOTAL DA FATURA			68,61

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIB			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
62,39	35,00	21,84	62,39	0,97	0,60	62,39	4,48	2,79

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Débito	Valor
51/05/20	03/06/20	79,75

Este consumidor NÃO possui débitos anteriores e NÃO contém débitos em atraso. Caso o consumidor não tenha pago o valor devido no prazo de vencimento, poderá sofrer o corte de fornecimento. Para evitar o corte, o consumidor deve pagar o valor devido no prazo de vencimento. O consumidor pode solicitar a suspensão do contrato, podendo também solicitar a cobrança de débitos anteriores. O consumidor pode solicitar a suspensão do contrato, podendo também solicitar a cobrança de débitos anteriores.

HISTÓRICO DO CONSUMO		kWh
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	JUN 20	79
Consumo Ativo(kWh)-TE	MAR 20	93
	ABR 20	80
	MAI 20	110
	JUN 20	133
	JUL 20	137
	AGO 20	140
	SET 20	128
	OCT 20	135
	NOV 20	100
	DEZ 20	97
	JAN 21	96
	FEB 21	93

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
DIC-Atividade sem Energia	GARANHUNS	3,30	11,51	22,53	44,07
FIC-Atividade sem Energia		3,30	7,57	15,34	30,68
DIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,30	5,95	5,95	5,95
DIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 15,00
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 23,57					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00900003132114217	CAT	05/05/2020	8.740,00	03/06/2020	8.819,00	28	1,00000	0,00	79,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/07/2020

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: Jorival Ribeiro Arcanjo - ms: r do Ipiranga 187 alioisio soute p / mal variedades: do Ipiranga.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade (individual ou do nível de tensão de fornecimento).
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007014181746	06/2020	68,61	12/06/2020	

838900000005 686100110075 014181746107 146710151335



Evite cópia/reprodução não autorizada.
Este canhoto será usado em leitores ótica.

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Data	Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
21/03/20	19:00	Reserva Confirmada	0h:0m:1s	CARMEMTS/HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO para RESERVA CONFIRMADA.
21/03/20	19:00	Reserva Confirmada		CARMEMTS/HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS	Confirmada a disponibilidade pelo usuário: CARMEMTS.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

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

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

Data / Hora	Tipo de Comunicação	Usuário	Estabelecimento
20/03/20 12:	Telefone	CARMEMTS	HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS

Contato
 37281099

Título da Comunicação
 SOLICITAÇÃO VISUALIZADA
 Descrição

Solicito a unidade de origem que enviem imagens de rx para a análise do medico cirurgião.

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



SUS

Sistema Único de
Saúde Ministério da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

2 - CNES

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CI 112 PRINCIPAL 38 - CID10 SECUNDÁRIO 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (CAPAC)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APM

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

NOME:

Marcelo V. Costa

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o

diagnóstico de: Lesão ligamentar CID-10: S82.8 foi

submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

23/03/2020 Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Julio Marilton V. Costa
Traumatismo-Ortopedia
CRM-PE 5980

Por operação por lesão
distal + fratura radio ulna e flexão
1 para flex. 1/3 K Rx. 1/2 movimento

Bezerros, 01/06/2020. Li. unil. radioulnar

para tratamento. 23/03/2020 a 23/09/2020
em tratamento no ambulatório 04/08/2020.





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o(a) sr.(a) Manu
Vancka Feitosa RG n.º 4.195.986-5 SBTPE
estava internado(a) nest
Nosocômio, no período de 22 a 26 de Maio do corra
ano; a fim de submeter-se a tratamento quirúrgico ortopédico
de Fratura do Pâncreo Fibral Direto e do
Rádio Direto
Encontra-se INACTIVO para o exercício de suas atividades laborais até o d
21 / 04 / 2020 quando será submetido à consulta de revisão cir
gica.

Bezerros, 26 de Maio de 2020
Cintia Valente
Médica
CRM-PE 1988

MÉDICO

Av. Major Aprígio de FONSECA, s/nº, BR 232, Saigado - Bezerros/PE
CEP: 55.660-000, telefone: 81 3728-1099/3728-1888

UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE

Nome: Manoel Zanda Fátima
Sexo: F Idade: 49 Cor: Estado Civil: Solteira
Naturalidade: Parnaíba PE Profissão: Autônoma
Endereço: Calmon de Almeida Manoel Camelo, Bloco 40 apto 03.
Procedência: Garanhuns-PE

RESPONSÁVEL

Pessoas de quem depende: Manoel Fátima Fátima
Endereço: O mesmo Parentesco: Mãe
Trazido por: Fone: 51 9 3354-0792
Endereço: Fone:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: Data: 13 AGO 2020
NATUREZA ☐ Casual ☐ Acid. de Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
DO ☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
ACIDENTE ☐ Acidente de Trabalho ☐ Agressão
Atendimento ☐ Clínico ☐ Cirúrgico



História da Doença Atual:

NGUIM HIA NO JOGO E NO
VIMTO NO AVOM NO MOTOCICLO

EXAME - FÍSICO

ATENÇÃO MÉDICA

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:

NG FOMINIMO NO JOGO E NO
VIMTO



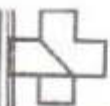
Diagnóstico Provisório:

FRACTURA DO MÍDIO DIGITAL
FRACTURA DO ULNARZO ULNAR

[Signature]

Recepcionista

Dr. Carlos Herbert
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
Rm 12437 / 5905 13834
Médico / Crenepe

**SUS**
 Sist. de Saúde
 Minist. de Saúde
 Secretaria de Saúde
 Pernambuco

**LAUDO PAR. SOIÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde
 1 - Nome do estabelecimento solicitante
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
 2 - CNES
27029813
 3 - Nome do estabelecimento executante
H.R.D.M.
 4 - CNES
8204531
Identificação do Paciente
 5 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)
893.000.533.655.577
 6 - SIS Prenatal
 7 - Senha/Regulação
0936
 8 - Nº do Prontuário
0936
 9 - Nome do Paciente
MARIA VIVIANE FELIZ
 10 - Data de Nascimento
29/06/1970
 11 - Sexo
 Masc ☐ Femin ☒
 12 - Nome da mãe ou responsável
Wladimir de Jesus Queiroz
 13 - Tel. Contato
 14 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)
Condomínio Manoel Camilo, Bloco 40 apto 03
 15 - Município de Residência
Garanhuns
 16 - Cód IBGE Município
2606002
 17 - UF
PE
 18 - CEP
55200-000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - História Clínica / Exame Físico

RELATA DOR NO JOELHO E NO LOMBO
 NA QUEDA NA ROTOCICLETA.
 AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA



20 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

EXAME FÍSICO E LOMBOGRAMA

21 - Diagnóstico Inicial

FRATURA DO PLAVATO TIBIAL

22 - Cid-10 Principal

S14.2

23 - Diagnóstico Secundário

FRATURA DO MÍDIO CÍRUL

24 - Cid-10 Secundário

S52.5

25 - Cid-10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - Descrição do procedimento solicitado

INZERNAMENTO

27 - Cód. do procedimento

0308010019

28 - Clínica

HOSPITAL

29 - Caráter de internação

VIGILÂNCIA

30 - Documento

() CNS (X) CPF

31 - Nº documento (CNS/CPF) do profissional solicitante/assistente

0308010019

32 - Assinatura e carimbo do solicitante / assistente

33 - Data da Solicitação

16/03/20

34 - Ass. e carimbo (Diretor médico)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () Acidente de Trânsito

38 - CNPJ da seguradora

39 - Nº do bilhete

40 - Série

36 - () Acidente de Trabalho Típico

41 - CNPJ da empresa

42 - CNAE da empresa

43 - CBOR

37 - () Acidente de Trabalho trajeto

44 - Vínculo com a previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

45 - Código do procedimento autorizado

0308010019

AUTORIZAÇÃO

46 - Cód. Órgão Emissor

47 - Documento

() CNS () CPF

48 - Nº do documento (CNS/CPF) do profissional autorizador

51 - Nº da autorização de internação hospitalar (AIH)

49 - Data da autorização

50 - Assinatura e carimbo (nº do registro do conselho)

Admissão: 16/03/20

Alta: 22/03/20

Enf.

Leito

1

100

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti Rh

☐ Uso de Prótese, Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de oxigenadores

☐ Nutrição parenteral

Hospital: H R D Moura CNPJ: _____

Paciente: maria Bandeira Feteiro Nº AIH: _____

Procedimento Anterior: _____ Procedimento Solicitado: _____

Médico Solicitante: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA:

Declaro para os devidos fins que estive acompanhando o paciente acima identificado, durante a sua internação neste hospital.

Aprovo a cobrança de acompanhante junto ao HRGDM.



10/03/2020
Data

[Assinatura]
Ass. Acompanhante

Ass. do Médico Solicitante

AUDITOR:

DATA:

Assinatura - CRM



Sistematização da Assistência de Enfermagem - Emergência



Nome: Maria Elvira Fátima Data: 16/03/2020 Hora: 14 Hs

Idade: 45 Telefone: 81 3333 1234 Especialidade: Cardiologia

Objetos de Valor: Carteira de Identidade

Antecedentes: Sim () Não ()

Hipótese Diagnóstica: Infarto Agudo do Miocárdio

Síntoma Principal: Dor no peito

Resumo da Doença Atual: Doença cardíaca

3 - Antecedentes Pessoais

() HAS	() Tabagista	() Psiquiátrico	() Outros
() DM	() Etílica	() Lupus	
() Cardiopatia	() DPOC	() Líquidos/Alimentos	
() Insuf. Renal	() Alergia medicamentosa:		
() Cirurgias:			

Medicamentos em Uso:

Hora	Tax	PA	FR	SpO2	Pulso	() Dor
		150x80				

Escala de Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5 - Atendimento Inicial

Tricgem

ATP

Intervenção

6 - Exame Físico	Não Avaliado	Inalterado	Alterado	Observações
Neurológico		X		
Respiratório		X		
Cardiovascular		X		
Gastrointestinal		X		
Genitourinário		X		
Extremidades		X		
Pele e Anexos		X		

7 - Intervenções / Resultados

- SSVV de 6/6h
- Iniciar ATP a cada 12h
- Deleções conforme horário Prescrita
- Orientações Gerais

8 - Exames de Entrada / Resultados

Exame	Data	Resultados





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - CARANHÊNS

UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
ADMISSÃO - ADULTO

Nome: maria zilda Leite Leito: Utra 2 22
Diagnóstico Clínico: pat. plasmático renal Data de Admissão: 16/03
Idade: 29 a Data: 16/03/20

QUADRO CLÍNICO

1. Nível de Consciência: (☒) Consciente () Inconsciente (☒) Orientado () Desorientado () Sonolento
2. Presença de: () Edema () Anasarca () Úlcera de Pressão () Ascite
() Sedação () Drogas Vasoativas () Antibióticos
3. Queixas Gastrointestinais: () Vômito () Náusea () Distensão abdominal () Dor epigástrica
() Inapetência () Saciedade precoce () Pirose () Hematêmese (☒) Sem Queixas
4. Trato Urinário: (☒) Espontâneo () SVD () SVA () Anúria
5. Eliminações Intestinais: () Presente (☒) Ausente - Dias: -10
() Normal () Pastosa () Líquida () Ressecadas () Melena () Diarreia () Constipação () Ostomia
7. Exames Bioquímicos/Imagem:

SITUAÇÃO NUTRICIONAL

1. Comorbidades: DM (☒) tipo: 2 HAS (☒) D. Renal () D. Hepática () Alteração alimentar (☒) Ausente ()
Outras: _____
2. Aceitação Alimentar: () 100% (☒) 50% () +50% () -50%
Jejum () - Razão:

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

1. Risco Nutricional: () Presente (☒) Ausente (NRS 2002)
2. Diagnóstico Nutricional: () Desnutrição Grave () Desnutrição () Eutrófico () Sobrepeso () Obesidade

CONDUTA NUTRICIONAL

DIETA:

1. Via: (☒) Oral () Enteral () Parenteral
2. Consistência: () Livre (☒) Branda () Pastosa () Líquida Pastosa () Líquida Total () Líquida de Prova
3. Tipo: (☒) Hipossódica (☒) Hipoglicídica () Sem sal () Hipolipídica () Laxante () Constipante
() _____
4. Suplemento/ Módulo: () _____
5. Simbiótico/ Prebiótico () _____

NECESSIDADES ENERGÉTICAS E PROTÉICAS ESTIMADAS - NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

P. atual: _____ Peso hab.: _____ Peso est.: _____ Peso Ideal _____ A: _____ A est.: _____
CB: _____ %CB: _____ CP: _____ %PP: _____
Cal/kg: _____ Cal/d: _____ Ptn/kg: _____
Fórmula: _____ Características: _____
Volume: _____ Vazão Prescrita: _____ Vazão do Dia: _____ Adequação Cal: _____
Adequação Ptn: _____

OBSERVAÇÕES:

paciente com alimentação
quanto à consistência
dieta liberada após o jantar

16:00h

UNIDADE DE SAÚDE:

H 2, 2º andar

NOME DO PACIENTE:

maria zilda gutozo

REGISTRO Nº

0516

CLÍNICA:

LEITO Nº

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

16/03/2020

**AGUARDAR TRANSFERÊNCIA
SOLICITO TAL**



16/03/2020

Paciente em 1º DEH, em 6 E6, com estado de consciência, orientada, aritmética, aritmética, AVP em 150, afébril, diurese (+), evacuações (+), segue medicada conforme prescrição médica, segue acompanhamento da equipe de enfermagem.

Evelline Cynara Alves Lemos
COREN-PE 504462 - ENF

16/03/2020

Paciente admitida procedente de emergência, com queixa de dor abdominal, maior T.A. de 140/90.



17/03/2020

Transtorno Quatro. Crise de epilepsia.

Dr. Saulo Almeida
Otorrinolaringologista
CRM-PE 4451
1201-1329

17/03/2020

Paciente evolui 4 EOR, com estado de consciência, orientada, aritmética, aritmética, AVP em 150, afébril, diurese (+), evacuações (+), segue medicada conforme prescrição médica, segue acompanhamento da equipe de enfermagem.

17/03/2020

EVOLUÇÃO CLÍNICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE:

REGISTRO N°

CLINICA:

LEITO N°

DATA	HORA	EVALUACIÓN
18/03/2020		Mantendo Guiso. Cuidado VPM 13 AGO 2020 PROTOCOLO AÇÃO:
18/03/2020		Paciente el ERM, cont., em labor, empr, abil, acurto, acurto Norte, Norte, hili, autiz autiz, elin fitor mte(SIC) n ducho, si guas, ror aus auto de mte
19/03/2020		Mantendo Guiso Sem Rastreio Conexão CD VPM
19/03/2020		Paciente el ERM, consciente, eufórica. Acuta dieta por VO. Elim.: caca, fisiológicas presentes. AVPm MSE. Aleixação de mal estar após Dipirona. Segue aos cuidados da equipe. Suspensão Dipirone. Evandro Madel Garcia Enfermeiro COREN PE 321.116

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE: Ms. Vanda Brito

REGISTRO N°

CLINICA: 22

LEITO Nº 24

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

20/03/2020	Manufundo	Quarto - Comput
	1PM	

Dr. Saulo Almeida
Ortopedia-Traumatologia
GREMPE 8788-CREMAL 4351
TEOT 4296

201031-30

Paciente em EGR, comiente, orientado, eupneico, queixando-se de dor em lesões, aceitando dieta V.O., abdomeem flácido, sem edemas, APV em HSE, expõe aos cuidados.

Arno Licht, M.D., M.P.H.
Enfermero
COREN-PE 257.951

270310

Pseud No Oct 1967
Bordum upriver Sea
H. p. v. r. l. u. s.
C.D. J.P.

[illegible]

24/03/20

[illegible]

Dr. J. B. V. de O. L. L.
Enfermeira
R. N. P. 121983

22/03/2020

Paciente Transfereido
para o centro de SOS
ambulatório da casa.

Mayrlane Combs Co.'y
COREN-PE
n° 370.695 - ENF

77/103/2020

Ред. Труфан
А. Н. Кн. Ревнов

Dr. Lucas Vasconcelos Pessoa
Ortopedia Traumatologia
CRM 20186-ROE 8759

Letter 22

PRESCRIÇÃO MÉDICA

13 AGO 2020
PROTOCOLLO

Evellyne Cynara Alves Lemos
COREN/PE 304462 - ENF

NOME: MARIA VANDA FEITOZA

LEITO: 21

DATA: 17/03/2020

REGISTRO : 0916

PRESCRIÇÃO

Ligia Cordeiro Borges

 Nutricionista

 CRN-8 6598

MEDICAÇÕES

HORÁRIOS

1. DIETA P/ DM + HAS	S/N
2. SRL 1000 ML EV 24HRS	N 2
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)	S/N 18
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)	S/N 10 2/2
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	2F
6. PLASIL100MG+AD EV 8/8HRS (S/N)	S/N
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA	2/2
8. HGT 4 X AO DIA	
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT :	12(288) 18(253)
0-150 0 UI	
151-200 2 UI	
201-250 4 UI	24(250) 12(250)
251-300 6 UI	
301-350 8 UI	
351-400 10 UI	
ACIMA DE 400 12 UI	
SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% EV	S/N
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG	S/N
11. SSVV + CCGG	



 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

13 AGO 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA REGISTRE

HOSPITAL REGIONAL DE

 GARANHUNS

 DOM MOURA

 6ª REGIÃO DE SAÚDE

 - GARANHUNS - PE -

MÉDICO

Dr. Saulo Almeida

 Ortopedia-Traumatologia

 CREMEPE 1788-CREMAT 1551

 TEOT 1300

Alda Maria

 Enfermeira

 CREMEPE 1788-CREMAT 1551

 TEOT 1300

Elisvanda V. Siqueira

 Técnica de Enfermagem

 1998-1999

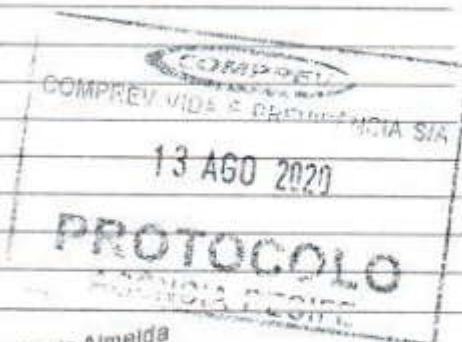
 TÉCNICO

NOME: MARIA VANDA FEITOZA	LEITO: 21
DATA: 18/03/2020	REGISTRO : 0916

PRESCRIÇÃO

Ligia Cordeiro Borges
Nutricionista
CRNB - 6590

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA P/ DM + HAS	(SND)
2. SRL 1000 ML EV 24HRS	SND
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)	SND
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)	SND
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	(12) F
6. PLASIL 100MG+AD EV 8/8HRS (S/N)	SND
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA	pb
8. HGT 4 X AO DIA	(18) (18) (18) (18)
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT: 0-150 0 UI 151-200 2 UI 201-250 4 UI 251-300 6 UI 301-350 8 UI - corrigido 338 351-400 10 UI ACIMA DE 400 12 UI	(339) (338) (334) (338) corrigido corrigido
SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% :V	SND
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG	SND
11. SSVV + CCGG	Rotina



Dr. Saulo Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CREMEPE 8788-CREMAT 4551
E.O. 1306

MÉDICO

ENFERMEIRO

An. 2. 2020 E. Moura
G. EN. PE 90056

TÉCNICO

NOME: MARIA VANDA FEITOZA	LEITO: 21
DATA: 19/03/2020	REGISTRO : 0916

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA P/ DM + HAS	SND
2. SRL 1000 ML EV 24HRS	SND
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)	SND
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)	SND
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	SND
6. PLASIL 100MG+AD EV 8/8HRS (S/N)	SND
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA	SND
8. HGT 4 X AO DIA	SND
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT:	SND
0-150 0 UI	
151-200 2 UI	
201-250 4 UI	
251-300 6 UI	
301-350 8 UI	
351-400 10 UI	
ACIMA DE 400 12 UI	
SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% EV	
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG	SND
11. SSVV + CCGG	SND



MÉDICO

Dr. Saulo Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CREMEPE 8788-CREMA 4551
TEO 1300

ENFERMEIRO

Eveline f. Maciel Garcia
Enfermeira
COREN-PE 321.116

TÉCNICO



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

Hospital Regional Dom Moura Clínica Cirúrgica



NOME: MARIA VANDA FEITOZA	LEITO: 21
DATA: 20/03/2020	REGISTRO : 0916

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA P/ DM + HAS	SN
2. SRL 1000 ML EV 24HRS	18 30
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)	SN
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)	SN
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	19
6. PLASIL100MG+AD EV 8/8HRS (S/N)	SN
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA	
8. HGT 4 X AO DIA	12(30) 18(80) 24(408) 06(150)
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT : 0-150 0 UI 151-200 2 UI 201-250 4 UI 251-300 6 UI 301-350 8 UI 351-400 10 UI ACIMA DE 400 12 UI	SN
SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% EV	
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG	SN
11. SSVV + CCGG	POTASSIO
 13 AGO 2020 PROTOCOLO	

MÉDICO

Dr. Saulo Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CREMEPE 8788-CREMAI 4551
TESTE MAG

ENFERMEIRO
CREMEPE 267.951





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

L-21 GUS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS	17/03/2020 09:43
MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
ERICO HERBERT ALMEIDA COUTO DE LIMA	CRF - 18487

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO
MARIA VANDA FEITOSA	685993
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	SEXO
	Feminino
DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE DE CONTATO
29/08/1970	
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
ALADIA DE BARROS GUEIROS	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. IBGE M - IPID
	UF
	CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR NO JOELHO E NO PUNHO, APOS QUEDA DE MOTOCICLETA
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)
RAIO X
DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA NO PLANALTO TIBIAL + FRATURA DE RÁDIO DISTAL
CENSO PRINCIPAL
ID 10 SECUNDÁRIO

SINAIS VITAIS



PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
CLÍNICA	CARÁTER DA INTERNAÇÃO
	URGÊNCIA
DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
()CNS (X)CPF	04902455447

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	DATA DE AUTORIZAÇÃO
HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS	21/03/20 19:00
TIPO DE LEITO	LOCALIDADE
CIRÚRGICO	ORTO
MÉDICO AUTORIZADOR	TRAUMATOLOGIA

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	DATA DA SOLICITAÇÃO
EDVALDO RODRIGUES DA CUNHA CAVALCANTI	17/03/20 09:43
DOCUMENTO	CÓD. ORGÃO EMISSOR
()CNS (X)CPF	CRM 7876
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
41550579487	

ESCLARECIMENTOS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

03 R 03

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Maria Vanda Fetoza




VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.195.986

DATA DE EMISSÃO 07/07/2011

<< MARIA VANDA FEITOZA >>

<< SEBASTIÃO JAIME FEITOZA GUEIROS >>

<< ALADIA DE BARROS GUEIROS >>

PEDRA - PE

29/06/1970

CC 6544 L. / UB F. 115 CARL. 1º DIST.

GARANHUNS-PE 08.12.2000 >>

000.329.944-91

ASSINATURA DO TITULAR

LEITURA DE ZÍPEROS

44 002/11 - 1141

COMPR

13 AGO 2011

PROTUSOL

[Handwritten signature]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE

Nº 01576898763

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 999121565 RALTC: ***** EXERCÍCIO: 2021

NOME

MACIEL VAREIRA DA SILVA

CARUARU - PE

CPF / CNPJ

082.115.574-10

PLACA

2GU9951

PLACA ANT. / UF

***** / PE

CHASSI

9C2JC4110ER111077

ESPECIE TIPO

BOX / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / CG 125 FAN K3

ANO FAB

2013

ANO MOD

201

CAP. POT. / CL

2P / 124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENG. COTA ÚNICA

VENG. COTAS

I P V A	LEVAV 2020 QUITADO	1º	*****
	PARCELAMENTO / COTAS	2º	*****
	*****	3º	*****

PREÇO TÁRIFA (R\$)

ICP (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

5,29 SEGURO 05 12 30 18/02/2

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

DATA

17/02/2

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

13 AGO 2020

PROTOCOLO

ACQUA REGIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200288784 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VANDA FEITOSA **Data do acidente:** 16/03/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO (PAG.03.04.16.17)

Resultados terapêuticos: TRATAMENNTTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA (PG.03;04)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO JOELHO 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 EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO E DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200288784 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VANDA FEITOSA **Data do acidente:** 16/03/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO (PAG.03.04.16.17)

Resultados terapêuticos: TRATAMENNT0 CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO 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 DE JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226481/20

Vítima: MARIA VANDA FEITOSA

CPF: 680.329.944-91

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA VANDA FEITOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA VANDA FEITOSA : 680.329.944-91

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: 13/08/2020
Nome: MARIA VANDA FEITOSA
CPF: 680.329.944-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

MARIA VANDA FEITOSA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA