



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: CICERO BARBOZA NETO

1. Ocorrência da Emergência: 757226

1.1 - Atendimentos em: 14/08/19

1.2 - Às 19 horas e 03 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1128062

2.1 - Internado em: 14/08/19

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO ÚMERO DISTAL DIREITO.

4. Tratamento: TALA AXILO PALMAR DIREITA.

5. Observação: COLISÃO BICICLETA X CARRO.

TRANSFERIDO PARA REDE CONVENIADA EM 16/08/19.

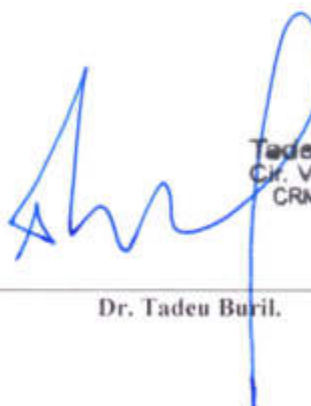
DATA: 25.11.2019

HORA: 11:08:12

PASTA: 01.11.2019

TB

RS


Tadeu Buril
Cir. Vascular
CRM: 3018

Dr. Tadeu Buril.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
30/11/2020

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 757228

Prontuário: 1128062

Nome: CICERO BARBOZA NETO

Data Nasc.: 22/10/1972

Idade: 46

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 4867772

CNS:

Endereço: ESTRADA DO PAIOL

Nº: 53

Bairro: IMBIRIBEIRA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 51150250

Fone: 81610170

Profissão:

Nome da Mãe: MARINA JOSEFA DA CONCEICAO

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. ALESSANDRO COLISAO MOTO X BICICLETA TEC. ELOISA SAMU RECIFE BASICA - 07

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 14/08/2015 HORA: 19:03 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *Paciente vítima colisão bicicleta-carro, há 1 hora no momento, refere dor em M.S.D. e dor cervical. E dispneia e dor abdominal*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Empelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Queda de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

ECR, consciente, orientado, eupneico, acordado

B. Respiratório

MVE e AMT SL R1

C. Circulatório

PA: x mmm Pulso: *64* bpm

PCR - ST BNF SL5

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular Escore: *4* Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: *5* Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: *6* Hora:

SC6:15 e deficit motor focal

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Joldado



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



Ex: Abdômen

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica
* CD: @ Colúculo R+ estômago traume
@ Colúculo R+ MSD

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames:
14/08/19 #CG*
21/20 Paciente em trauma no tórax,
dedo anel e o anel despiça
R+ g. pneumotórax + se
história.

Dr. Antônio Escorial Neto
Cirurgia Geral
CRM-PE 23.505

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Tratamento / Procedimentos:
R+ g. pneumotórax + se
história.

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:
ABD: Flácido, indolor

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo: * CD: @ Alto da CG

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Dr. Antônio Escorial Neto
Cirurgia Geral
CRM-PE 23.505

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico: CRM/CRO: Data: Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos, cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se for necessário.
Data: _____ Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.
Data: _____ Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____
Cadastro: 14/08/2019 19:03 h CLAUDIOAS Impressão: 14/08/2019 19:03 h CLAUDIOAS

S.O.T. 14/08/19

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando trauma no tórax, com lesão de pulmão direito e fratura de costela. Sem alterações neurológicas.
Ao R+ paciente apresenta presença de um novo dritel.
L.P. Tórax, pulmão e dritel - procedimento realizado conforme prescrição médica.
Intervenção

Médico

Dr. Antônio Escorial Neto
Cirurgia Geral
CRM-PE 23.505

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 14/08/2019 18:52

Nome Paciente: CICERO BARBOZA NETO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 22/10/1972
Sexo: Masculino
Idade: 46
Senha: E0021
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 14/08/2019 18:52 - 14/08/2019 18:53

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR EM REGIÃO TORACICA + DOR EM MSD APOS COLISÃO MOTO X BICICLETA HOJE.
HAS-
DM-
ALERGIA NEGA
NEGA SÍNCOPE E EMESE.

Observação: SAMU

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

14/08/2019

F. Oliveira

PUT CI fot. vno dtd 100
No exame físico, paciente
apresenta dor no abdome
e náusea

14/08/19
paciente sem queixas
enfáticas, com dor leve
aguda, cingida

Dra. Cláudia Barbosa de A. Medeiros
Cirurgiã Plástica e Microcirurgia
CRM 17724 - PE

Dr. José Venâncio O. Jr.
Tratamento Oncológico
Cirurgião do Abdome
CRM 12667

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
10/01/2020

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/08/2019 18:53



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO:

14/08/19

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apolar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

ATÉSSA LUCILENE
COREN-PE 355875 - ENF

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX 81 31845600

HGV 1026 V.1.2019.

KOTE SEGURO
Erica Araújo
06/08/2020



NOME:

NOME DA MÃE:

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F:

M:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA:

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.

EQUIPE

NOME DO PROFISSIONAL

MATRÍCULA

1

CIRURGIÃO

2

1º AUXÍLIO CIRÚRGICO

3

2º AUXÍLIO CIRÚRGICO

4

ANESTESISTA

5

CLÍNICO

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

HEMODIÁLISE

☐☐

DIÁRIA DE UTI

☐

USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO

☐☐

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

☐

USO DE OXIGÊNIO

☐☐

USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

☐☐

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA:

☐

CURADO

☐

MELHORADO

☒

TRANSFERÊNCIA

☐

OUTROS

ÓBTO:

☐

IML

☐

SVO

☐

BO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA/CARIMBO/CRM





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **CICERO BARBOZA NETO**, prontuário nº 573291, admitido neste hospital em 16/08/2019 com diagnóstico de Fratura do úmero distal direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 21/08/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
Assinatura 11/09/2019

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 75235 Prontuário: 573291 Data de Nascimento: 22/10/72 Idade: 46 ANO(S)
Nome do Paciente: **CICERO BARBOSA NETO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARINA JOSEFA DA CONCEICAO
CPF: 93600534491

919

LAUDO RX COTOVELO DIR AP/P

Recife, 28-08-2019 07:27

Exame para controle de tratamento cirúrgico.

CHAPA: 119 227392

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24.08.2001.
Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY CRM: 10755 Data e Hora: 29/08/2019 14:31:09





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugã, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fones: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasa-recife.org.br
Site: www.santacasa-recife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

CICERO BARBOSA NETO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S424

Recife, 21/08/2019

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



Dr. Henrique Costa Barbosa
Otorrinolaringologista
CRM 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: FAPX 3412-3800 | Email: sta-casa@SantaCasaRecife.org.br
Site: www.santa-casa-recife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

CICERO BARBOSA NETO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 120 dias, a partir de 16/08/19.

CID: S424

Recife, 03/09/2019

DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM-PE 16.658 / TÍTULO: 13351

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658

Relatório Médico de Alta

Nome: CICERO BARBOSA NETO

Reg.: 75235

Pront.: 573291

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 22/10/1972

Idade: 45

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 19/08/2019 21:05

Alta: 21/08/2019 11:56

Admissão:

FRATURA EM UMERÓ DISTAL DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal: Sdq X FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERÓ

Informação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
PR. ENFERMAGEM SÃO LUÍZ	19/08/2019 21:05	21/08/2019 11:56	5 dias()

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Dr. OSVALDO COIMBRA para 15 dias.
- 2) Tomar medicação prescrita.
- 3) Realizar RX
- 4) REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: CICERO BARBOSA NETO
Nº Registro: 75235 Nº Protuário: 573291 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)
Convênio: RETAGUARDA GETULIO OS: 119.233553 Data: 03/09/19

SOLICITAÇÃO

ENDEREÇO: R. X. COTAVELO DUBAP

Dr. OSVALDO BOMFIM JR.
Cirurgião Geral
CRM 15.194 (1980) - 1981

Dr. OSVALDO BOMFIM JR.
Cirurgião Geral
CRM 15.194 (1980) - 1981

??



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabuga, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: sta.casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 75235 Pronto-Socorro: 573291 Data de Nascimento: 22/10/72 Idade: 46 ANO(S)
Nome do Paciente: **CICERO BARBOSA NETO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARINA JOSEFA DA CONCEICAO
CPF: 93600534491

Data: 20/08/2019

11) Verificada boa perfusão distal
12) Lim

Revisão: 20/08/2019 10:53

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM 16658

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 7.780/2 de 14.06.2001.
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR - CRM 16658 Data e Hora: 20/08/2019 11:04:39

Alto da Alta

Data Internamento:	16/08/19	Data Alta:	21/08/19	Dias de Hospitalização:	05 DIAS
--------------------	----------	------------	----------	-------------------------	---------

Scanned by CamScanner



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta.casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 75235 Prontuário: 573291 Data de Nascimento: 22/10/72 Idade: 46 ANO(S)
Nome do Paciente: **CICERO BARBOSA NETO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO
CPF: 93600534491

Data: 20/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de úmero distal DIREITO

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia: Transposição cubital (040302D10-7) + Tratamento cirúrgico de fratura do úmero distal (COD: 040802C39-3) + Osteotomia (040806D19-0)

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Jr

Anestesista: Diana Anjos

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito ventral sob anestesia
- 2) Assepsia + Antissepsia
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis e impermeáveis
- 4) Realizado incisão posterior no braço direito (trastricéps) com dissecação por planos anatomicos.
- 5) Visualizado foco de fratura em úmero distal
- 6) Realizado limpeza da articulação com SF0,9% e revisão da hemostasia: Neurólise de nervo cubital. Osteotomia em Chevron de olecrano para abordagem de foco de fratura
- 7) Redução anômica dos fragmentos após liberação de retração muscular e manutenção da mesma através de 01 placa bloqueada lcp 4,5 com parafusos cortical e bloqueados. Redução de articulação com 01 parafuso esponjoso e 01 arruela. Observado que o nervo radial não estava entrapado entre a placa e o osso e realizada neurólise.
- 8) Observada a manutenção da redução e rigidez da síntese após movimentação passiva do cotovelo, sem bloqueio articular. Síntese de osteotomia com 02 fios de kirschner e 01 fio de aço em banda de tensão. Transposição submuscular de nervo cubital.
- 9) Síntese por planos anatomicos com tenotomia do tríceps.
- 10) Curativo

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24-08-2001.

Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR CRM: 16658 Data e Hora: 20/08/2019 11:04:39

KOTE SEGU
Erica Araújo
10/08/2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUIRIL

93

Cicero Barboza Neto
SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4867772 DATA DE EMISSÃO 10.09.1992

NOME CICERO BARBOZA NETO

RELACÃO Marina Josefa de Conceição

NATURALIDADE Águas Belas-PE DATA DE NASCIMENTO 22.10.1972

DOCUMENTO 16.885.Lv.A-63.Fls.13v

Cart.Reg.Civ. Águas Belas-PE

936.005.344-91

SIGNATURA DO TITULAR

LEI Nº 114 DE 29.06.93

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
Joldi 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017359/20

Vítima: CICERO BARBOZA NETO

CPF: 936.005.344-91

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 14/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO BARBOZA NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERO BARBOZA NETO : 936.005.344-91

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: 13/01/2020
Nome: CICERO BARBOZA NETO
CPF: 936.005.344-91

CICERO BARBOZA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200019919

Vítima: CICERO BARBOZA NETO

Data do Acidente: 14/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO BARBOZA NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200019919

Vítima: CICERO BARBOZA NETO

Data do Acidente: 14/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO BARBOZA NETO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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: **CICERO BARBOZA NETO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001838-4**

Conta: **000010035169-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 936.005.399-91 4 - Nome completo da vítima: Luciano Barbosa Neto

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

5 - Nome completo: Luciano Barbosa Neto 6 - CPF: 936.005.399-09
7 - Profissão: Agropecuária 8 - Endereço: ET. Vila do Riachão 9 - Número: 53 10 - Complemento: 0
11 - Bairro: Jombirinha 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.150-250
15 - E-mail: (81) 98488-7737 16 - Tel. (DDD): (81) 98488-7737

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1838 4 CONTA: 35169 5
(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

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.

Faço 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 3º §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (parto)? ☐ 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 a todos os beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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: Olinda, 06 de dezembro de 2019

Luciano Barbosa Neto

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 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099002198**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/08/2019** às **16:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **14/8/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MASCARENHAS DE MORAIS, 1** - Bairro: **IMBIRIBEIRA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CICERO BARBOZA NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO BARBOZA NETO**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

CICERO BARBOZA NETO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **22/10/1972** Naturalidade: **AGUAS BELAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4867772/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Telefones Celulares:
- **982029110**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE IMBIRIBEIRA (BAIRRO), 53, ESTRADA DO PAIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **CICERO BARBOZA NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO BARBOZA NETO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **OUTRA COR** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
10/01/2020

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA 14. 08.2019 QUANDO PEDALAVA SUA BICICLETA PELA A AVENIDQA MASCARENHA DE MORAIS , FOI ATROPELADO POR UM VEICULO DE COR BRANCA DE CONDUTOR DESCONHECIDO E PLACA NÃO ANOTQADA SOFRENDO, ESCORIAÇÕES , E FRATURA NO BRAÇO DIREITO, SENDO SORRIDO POR UMA VIATURA DO SAMU PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS , FATO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS CABIVES ,

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

Cicero Barboza Neto

**CICERO BARBOZA NETO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: *Ednildo Luiz da Silva* **EDNILDO LUIZ DA SILVA** - Matrícula: **3849163**



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
10/12/2020

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 936.005.399-91 4 - Nome completo da vítima: Luciano Barbosa Neto

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

5 - Nome completo: Luciano Barbosa Neto 6 - CPF: 936.005.399-09
7 - Profissão: Agropecuária 8 - Endereço: ET. Vila do Riachão 9 - Número: 53 10 - Complemento: 0
11 - Bairro: Jombirinha 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.150-250
15 - E-mail: (81) 98488-7737 16 - Tel. (DDD): (81) 98488-7737

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1838 4 CONTA: 35169 5
(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

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.

Faço 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 3º §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (parto)? ☐ 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 a todos os beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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: Olinda, 06 de dezembro de 2019

Luciano Barbosa Neto

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200019919 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO BARBOZA NETO **Data do acidente:** 14/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P6 P16)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO 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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO BARBOZA NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01838-4

CONTA: 000010035169-7

Nr. da Autenticação 382052C291727609

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

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



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

DADOS DO CLIENTE CICERO BARBOZA NETO CPF: 936.005.344-01 NIS: 12549689237		DATA DE VENCIMENTO 30/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 63,93		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 23/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 078587211		CONTA CONTRATO 004011476452 Nº DO CLIENTE 2001485589 Nº DA INSTALAÇÃO 0004112414	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA ET VELHA DO PAIOL S3 D IMBARRIBEIRA/RECIFE 51150-250 RECIFE PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico					
		RESERVADO AO FISCO 4D43.00F4.C201.953E.A076.AC97.8465.6E0A					

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

DESCRICÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19198125	5,75
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32911071	23,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	26,00	0,49366607	12,83
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,17
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
Multa por atraso-NF 074795688 - 23/08/19			0,67
Juros por atraso-NF 074795688 - 23/08/19			0,03
TOTAL DA FATURA			63,93

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	44,78	0,81	0,36	44,78	3,72	1,66

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	3,18329540	SET 19	126
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	3,31420200	AGO 19	106
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	3,47130200	JUL 19	120
		JUN 19	106
		Mai 19	127
		ABR 19	125
		MAR 19	143
		FEV 19	140
		JAN 19	157
		DEZ 18	148
		NOV 18	138
		OUT 18	127
		SET 18	124
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	kWh		
Geração de Energia	21,77 48,62		
Transmissão	3,18 4,88		
Distribuição (Cabo)	13,31 29,72		
Encargos Setoriais	1,20 2,80		
Tributos	2,82 4,51		
Perdas de Energia	4,18 9,38		
TOTAL	44,78 100		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TPID DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000000016H1568	CAT	23/06/2016	17.190,00	23/06/2016	17.316,00	31	1.80000	0.00	126.00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROVADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	IMBIMBIMBIRA	0,24	4,83	9,67	19,34
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,24	2,69	0,90	9,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICR's 12,22		
EU\$D-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,69					
Todo Concorrentor pode solicitar a atualização dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto do local carrefour: r. francisco correa de moraes 100 imbiribeira / supermercado assunção: r. jean emile favre 840 ipocaelista completa em www.celpe.com.br

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pago, em atraso gera multa 2% (Res44/ANEEEL) R\$ 1,5 a.m.[Lei 10.438/02] e atualização monetária no próx. mês.

Isenção do ICMS conforme art. 9. XLVIII, a, 2.2.2. do JUCMS-p.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 32,98.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE ADRI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004011476452	09/2019	63,93	30/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

