

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190559967 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA **Data do acidente:** 01/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA IDOSA (66 ANOS)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Outorgante: Severino Matias de Souza, brasileiro(a), estado Civil casado, profissão pecheiro, residente e domiciliado à Rua Dom Luiz Lucena nº 282, bairro Jacim Gueany, Município de Timbaúba, Estado PE, Cep: 55.880.000, Rg nº 46.210.52, órgão emissor SSP/PE e CPF nº 890.692.004-06

Outorgado(a): José de Crimataci Duarte de Souza, inscrito(a) no CPF sob o nº 037.807.304-42, Carteira de Identidade nº 5344982, órgão emissor SSP/PE, estado civil solteiro, profissão Autônomo, com endereço lote novo (Quemadas, Queimadas (Rua projetada), 1192, Timbaúba - PE

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severino Matias de Souza, ocorrido em 01/05/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Timbaúba, 10, de Junho de 2019.

Severino Matias de Souza

Outorgante

autenticidade ou verdadeira

TABELIONATO
DE NOTAS E PROTESTOS
DE TIMBAÚBA/PE

Titular: Geomar Brito Medeiros
Escriturário: Mariana Alves Dias
Rua Doutor Alencar, 2515 - Centro, Timbaúba/PE - (81) 3621-3880
www.tpe-jus.br/tabela digital

Reconheço por Autenticidade a firma de SEVERINO MATIAS DE SOUZA;
Dout. Timbaúba - PE, 10/06/2019 08:11:14.
Emol R\$ 3,50, FERM R\$ 0,04, CONSEG. R\$ 0,03, TSNR
R\$0,60, FERC R\$0,40
CRISTYAN LUAN J. DA SILVA - escrevente autorizado

Selo: 0150730.ZFG05201901.03332



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338750/19

Número do Sinistro: 3190559967

Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

CPF: 890.692.004-06

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

SEVERINO MATIAS DE SOUZA : 890.692.004-06

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/10/2019

Nome: JOSE DE ARIMATEIA DUARTE DE SOUZA

CPF: 037.807.304-48

JOSE DE ARIMATEIA DUARTE DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019

Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS

CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190559967

Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO MATIAS DE SOUZA

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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190559967 Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

Data do Acidente: 01/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO MATIAS DE SOUZA

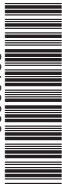
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o entregue não permite a leitura das informações

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190559967

Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO MATIAS DE SOUZA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000877

Conta: 0000068451-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	890.692.004-06	Severino Matias de Souza
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Severino Matias de Souza	890.692.004-06	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusou-se	Rua Vir Luiz Lourenço	282
Bairro:	Cidade:	Estado:
Jardim Guarany	Timbaúba	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55870-000	(81) 9258-3067

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)
--	--

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Local e Data: Timbaúba 20/08/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Severino Matias de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

PROTOCOLADO

01/09/2019

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

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: 890.692.004-06 4 - Nome completo da vítima: Severino Matias de Souza

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

5 - Nome completo: Severino Matias de Souza 6 - CPF: 890.692.004-06
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua Ver Luiz Lourenço 9 - Número: 282 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Guarany 12 - Cidade: Timbucuma 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55870-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9 9258-3087

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0877 CONTA: 68451

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 (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) ☐ 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 (vai 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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: Timbucuma, 07/10/2019

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 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46ªCIRC
DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0136001185

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/07/2019** às **17:56**

Complementa o BO Número:
19E0136001077

ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 1/5/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RUA HILDEBRANDO DE QUEIROZ, 1, EM FRENTE AO TODO DIA - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)
SEVERINO MATIAS DE SOUSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDA
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO MATIAS DE SOUSA

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

SEVERINO MATIAS DE SOUSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Não: SEVERINA TAVARES DA SILVA Pai: ELIAS MATIAS DE SOUSA Data de Nascimento: 13/3/1953 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA VEREADOR LUIZ LUCENA, 202 - CEP: 0 - Bairro: JARDIM GUARANI - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDA, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO MATIAS DE SOUSA, que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO MATIAS DE SOUSA

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=136&idOc=7880739&nroBO=1...> 01/07/2019

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DE TIMBAUBA

COMPREENSÃO E PREVIDÊNCIA
 01 OUT 2019
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGISTRO

Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 9 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE TRAFEGAVA EM SUA BICICLETA EM FRENTE AO TODO DIA DESTA CIDADE, QUANDO UMA SENHORA EM UMA MOTOCICLETA O ATROPELOU. A VITIMA CAIU AO CHÃO E A SRA. NADA FEZ SE EVADINDO DO LOCAL. O SAMU FOI ACIONADO POR POPULARES QUE POR ALI PASSAVAM. ONDE FOI LEVADO PARA A UPA LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

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

Severino Matias de Sousa
SEVERINO MATIAS DE SOUSA
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES - Matrícula: ~~203105~~



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	890.692.004-06	Severino Matias de Souza
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Severino Matias de Souza	890.692.004-06	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusou-se	Rua Vir Buz Tucano	282
Bairro:	Cidade:	Estado:
Jardim Guarany	Timbauba	PE
E-mail:	CEP:	
	55870-000	
	Tel. (DDD):	
	819.9258-3067	

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)
--	--

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Local e Data:	Timbauba 20/08/19
Nome:	
CPF:	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

TESTEMUNHAS	
1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura:	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura:	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



BASE / VTR: F

Classificação de Risco: ☐ Verde ☒ Amarelo ☐ Vermelho ☐ Cinza

Motivo da solicitação

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Pediátrico ☐ Transporte inter-hospitalar ☒ Outros

Local da ocorrência ☐ Via pública ☐ Espaço público ☐ Residência ☐ Rodovia ☐ Outros

Endereço: R. Higienópolis de Campos (em frente ao Teatro Ilho)

Bairro: Centro Município: Timbete

Situação do local ☐ Cena segura ☐ Cena insegura ☐ Difícil acesso ☐ Animais oferecem risco ☐ Rua sem identificação ☐ Incêndio ☐ Produto perigoso ☐ Aglomeração ☐ Terceiros oferecem risco ☐ Óleo na via

Situação vítima ☐ Evasão ☐ Não localizada ☐ Vítima agressiva ☐ Presa às ferragens ☐ Outros:

Intercorrências ☐ QTA no local ☐ QTA no trajeto ☐ Chamado falso ☐ Múltiplas vítimas. Nº de vítimas:

Outros serviços no local ☐ Não ☐ Sim Quais?

Solicitação de apoio ☐ Não ☐ USA ☐ USB ☐ 190 ☐ 193 ☐ Outros:

Dados da vítima

Nome: Selene Maria de Souza

Documento: _____ Idade: 65 Sexo: ☒ M ☐ F

Endereço: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

Acompanhante: _____ Documento: _____

Grau de aproximação: _____ Telefone: _____

PA:	FC:	FR:	Atual	Inicial
130 x 90 mmHg	99 bpm		DEXTRO: Sat. 02%	98%
			TC:	

Alergias ☐ Negs ☐ Não informado ☐ S/ condições de informar ☐ Outra. Qual?

Medicamentos em uso ☐ Negs ☐ Não informado ☐ S/ condições de informar ☐ Sim. Qual?

Antecedentes Pessoais ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ IAM anterior ☐ AVE anterior ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Cirúrgico ☐ Amniotomia/PPSC ☐ Nega tratamento anterior ou atual ☐ Sem condições de informar ☐ Outros. Quais?

ESCALA DE GLASGOW ADULTO

ESCALA DE GLASGOW 0 A 2 ANOS

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - espontânea	5 - orientado	6 - obedece a comandos	4 - espontânea	5 - orientado/arrulha	6 - obedece a comando verbal/movimento espontâneo
3 - a voz	4 - confuso	5 - localiza a dor	3 - a voz	4 - confuso/ inquieto, irritado e choroso	5 - localiza a dor/retira o membro ao toque
2 - a dor	3 - palavras inapropriadas	4 - retira a dor	2 - a dor	3 - palavras inapropriadas/ chora em resposta a dor	4 - retira o membro a dor
1 - ausente	2 - sons/gemidos	3 - flexão normal	1 - sem resposta	2 - sons inespecíficos/ geme em resposta a dor	3 - decorticação
	1 - ausente	2 - extensão anormal		1 - sem resposta	2 - descerebração
		1 - ausente			1 - sem resposta

Mecanismo do trauma: ☐ Não se aplica ☐ Queda de _____ m ☐ Encravamento ☐ Queda própria altura ☒ Acidente de trânsito ☐ FAS ☐ FPAF ☐ Queimadura ☐ Agressão

1. Responsivo ☒ Sim ☐ Não

Pulso se apresenta ☒ Regular ☐ Chelo ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PCR

Tipo de acidente de trânsito ☐ Atropelamento ☐ Frontal ☐ Lateral ☐ Traseiro ☐ Capotamento ☐ Rotacional

Posição da vítima no veículo: ☐ Sem informação ☐ Condutor do veículo ☐ Acompanhante dianteiro ☐ Acompanhante traseiro ☐ Condutor ou garupa de moto

Equipamento de segurança: ☐ Não usava ☐ Sem informação ☐ Cinto de 2 ou 3 pontos ☐ Capacete retirado pela equipe ☐ Capacete retirado por outros

Localização da vítima: ☐ Sem ferragens ☐ Às ferragens ☐ Fora do veículo

Veículo da vítima: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Van ☒ Bicicleta ☐ Sem informação ☐ Outro

Outro envolvido: ☐ Carro ☒ Moto ☐ Van ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Pedestre ☐ Muro/Posta/Arvore ☐ Sem informação

PROTÓCOLO
01/01/2019
AGÊNCIA DE PREVENÇÃO

☐ Obstrução Total ☒ Eupnéico ☐ Bradipneia ☐ Roncos/Sibilos D/E ☐ CEFISENTE QUALQUER
☐ Edema de Glote ☐ Apnéia ☐ Taquipnéia ☐ MV diminuídos D/E ☐ Crepitação
☐ Corpo estranho ☐ Dispnéia ☐ Gasping ☐ MV ausente D/E ☐ Sangramento
☐ Secreção ☐ IOT ☐ Não realizado ☐ Outro

5. Pele ☒ Corada ☐ Descorada ☐ Quente ☐ Fria
☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Úmida ☐ Seca
Perfusão ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Cianótica
6. Ausculta Cardíaca ☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Arritmia
☐ Sopro ☐ Não realizado

7. Exame Neurológico ☒ Normal / ☐ Agitação / ☐ Convulsão / ☐ Sonolência / ☐ Obnubilação **Atasia:** ☐ sim ☐ não
Otorragia: ☐ D ☐ E / **Olhos de Guaxinim:** ☐ D ☐ E / **Batido:** ☐ D ☐ E / **Déficit motor:** MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MRE
Rigidez de nuca: ☐ sim ☐ não / **Pupilas:** ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Mioticas ☐ Midríaticas ☐ Reagente ☐ Não reagente

Gineco/obstétrica: G _____ P _____ A _____ / IG: _____ Trabalho de Parto: ☐ sim ☐ não
Contrações: ☐ não / se, ☒ sim: ☐ fraca ☐ moderada ☐ forte nº _____ / _____ min. Bolsa rota ☐ sim ☐ não
Toque: _____ cm/dilatação. ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Outros
RN ☐ Vivo ☐ Morto ☐ Dequi placenta **Apgar 1°** _____ **2°** _____

Achados do Exame Físico

Cabeça

Pescoço

Tórax

Abdome

Pelve

Extremidades

CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL



PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Guedel N° _____ ☐ Másc. O2 _____ L/min. ☐ Monitoriz. cardíaca ☒ Oxímetro ☐ Retirada rápida ☐ KED
☐ Aspiração ☐ Catéter O2 _____ L/min. ☐ Desfibrilação ☐ Cardioversão ☐ Aquecimento ☐ Controle de hemorra
☐ IOT n° _____ ☐ Ventilação c/Ambú ☐ Marcapasso ☒ Curativo ☐ Acesso Venoso _____
☐ V.M - Modalidade: _____ ☒ Colar Cervical ☒ Prancha Rígida ☐ Outros: _____
☐ Compressão Torácica ☐ DEA ☒ Imobilização: ☒ MMSS / ☐ MMII

Prescrição Médica:

Relatório de Enfermagem/ Médico

Último de corações mata x bicicleta, a
 mesmo momento a bicicleta, com o
 acidente, após comatose, levou em
 região peritórax direito, com o
 D com dificuldade para drenagem da
 mente (fictício fechando de clivículo D)

Durante o Transporte:

Recusa de atendimento. Eu, abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso atendimento e assumo total
 responsabilidade pelo ato, isentando o serviço SAMU de qualquer problema decorrente deste ato.

Nome _____ Doc _____ Assinatura _____
 Testemunha _____ Doc _____ Assinatura _____

Encaminhado:

☐ Recebido por: _____ Nome/carimbo do Médico ou Enf. Resp. _____
☐ Removido por outros Quem? _____ Para _____
☐ Não removido: Méd. Regulador Resp.: _____ ☐ Orientação no local. Méd. Regulador Resp.: _____

Óbito no local: PCR associado a ☐ Rigidez cadavérica ☐ Livor mortis ☐ Decaptação ☐ Carbonização ☐ Hemi corpo
 Méd. Regulador Resp.: _____ Fornecido Constatação / Declaração de Óbito: ☐ sim ☐ não

Hipótese(s) Diagnóstica(s):

CID: _____

PERTENCES DO PACIENTE

NOME:

DOC.:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Avaliação da Ocorrência (entre a equipe)

☐ Regular

☐ Bom

☐ Ótimo

Equipe de atendimento

Téc. Enfermagem

Enfermeiro:

Médico:

Condutor: Narciso

COREN:

COREN:

CRM:

RICARDO ROSE DA SILVA
 TÉCNICO DE ENFERMAGEM
 COREN-PE 675.074

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: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000068451-2

Nr. da Autenticação 7A955A41B4A2EE9B



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-602
CNPJ nº 06.908.001/0001-08 | Insc. Est. 0025943-92 | www.celpe.com.br

GOVERNADORAS DE SOUZA

CONSUMIDOR DE ENERGIA 200

CPF: 950.692.004-08

JACIM OLAFANY/TIMBALUA
TIMBALUA PE
55810-000

UF: PE
RESIDENCIAL

CONTA CONSUMO	MÊS
1332315010	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
06/06/2019	07/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	176,99

RESPOSTA FISCAL	PERÍODO	ENCARGOS
05/05/19	05/05/19	05/05/19
ASSINATURA	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/05/19	1332315010	05/05/19

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kW/h)	182,000000	0,7880836	143,00
Adesão Banda Ampla (R\$)			0,81
Contribuição Pública Municipal			27,80
Multa por atraso NF 05/02/2019 - 30/04/19			2,49
Juros por atraso NF 05/02/2019 - 05/04/19			0,04
Atualização ICMS NF 05/02/2019 - 05/04/19			0,05
TOTAL DA FATURA			176,96

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Mês	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Mês	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kW/h)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
05/05/19		05/05/19	4777,00	05/05/19	4777,00	05/05/19	1,00000		182,00

MÊS ANTERIOR DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE DISTRIBUIÇÃO			COMERCIALIZAÇÃO CONSUMO		
Mês	Consumo (kW/h)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Descrição de Energia	R\$	%
04/19	180	180,00	100%	143,00	Transmissão	R\$ 1,20	0,84%
05/19	180	180,00	100%	143,00	Distribuição (ônibus)	R\$ 31,04	21,69%
06/19	180	180,00	100%	143,00	Perdas de Energia	R\$ 4,83	3,37%
07/19	180	180,00	100%	143,00	Energia Setorial	R\$ 7,41	5,16%
08/19	180	180,00	100%	143,00	Impostos	R\$ 48,28	33,82%
09/19	180	180,00	100%	143,00	Total	R\$ 146,36	100%
10/19	180	180,00	100%	143,00			
11/19	180	180,00	100%	143,00			
12/19	180	180,00	100%	143,00			
01/20	180	180,00	100%	143,00			
02/20	180	180,00	100%	143,00			
03/20	180	180,00	100%	143,00			
04/20	180	180,00	100%	143,00			
05/20	180	180,00	100%	143,00			
06/20	180	180,00	100%	143,00			
07/20	180	180,00	100%	143,00			
08/20	180	180,00	100%	143,00			
09/20	180	180,00	100%	143,00			
10/20	180	180,00	100%	143,00			
11/20	180	180,00	100%	143,00			
12/20	180	180,00	100%	143,00			
01/21	180	180,00	100%	143,00			
02/21	180	180,00	100%	143,00			
03/21	180	180,00	100%	143,00			
04/21	180	180,00	100%	143,00			
05/21	180	180,00	100%	143,00			
06/21	180	180,00	100%	143,00			
07/21	180	180,00	100%	143,00			
08/21	180	180,00	100%	143,00			
09/21	180	180,00	100%	143,00			
10/21	180	180,00	100%	143,00			
11/21	180	180,00	100%	143,00			
12/21	180	180,00	100%	143,00			
01/22	180	180,00	100%	143,00			
02/22	180	180,00	100%	143,00			
03/22	180	180,00	100%	143,00			
04/22	180	180,00	100%	143,00			
05/22	180	180,00	100%	143,00			
06/22	180	180,00	100%	143,00			
07/22	180	180,00	100%	143,00			
08/22	180	180,00	100%	143,00			
09/22	180	180,00	100%	143,00			
10/22	180	180,00	100%	143,00			
11/22	180	180,00	100%	143,00			
12/22	180	180,00	100%	143,00			
01/23	180	180,00	100%	143,00			
02/23	180	180,00	100%	143,00			
03/23	180	180,00	100%	143,00			
04/23	180	180,00	100%	143,00			
05/23	180	180,00	100%	143,00			
06/23	180	180,00	100%	143,00			
07/23	180	180,00	100%	143,00			
08/23	180	180,00	100%	143,00			
09/23	180	180,00	100%	143,00			
10/23	180	180,00	100%	143,00			
11/23	180	180,00	100%	143,00			
12/23	180	180,00	100%	143,00			
01/24	180	180,00	100%	143,00			
02/24	180	180,00	100%	143,00			
03/24	180	180,00	100%	143,00			
04/24	180	180,00	100%	143,00			
05/24	180	180,00	100%	143,00			
06/24	180	180,00	100%	143,00			
07/24	180	180,00	100%	143,00			
08/24	180	180,00	100%	143,00			
09/24	180	180,00	100%	143,00			
10/24	180	180,00	100%	143,00			
11/24	180	180,00	100%	143,00			
12/24	180	180,00	100%	143,00			
01/25	180	180,00	100%	143,00			
02/25	180	180,00	100%	143,00			
03/25	180	180,00	100%	143,00			
04/25	180	180,00	100%	143,00			
05/25	180	180,00	100%	143,00			
06/25	180	180,00	100%	143,00			
07/25	180	180,00	100%	143,00			
08/25	180	180,00	100%	143,00			
09/25	180	180,00	100%	143,00			
10/25	180	180,00	100%	143,00			
11/25	180	180,00	100%	143,00			
12/25	180	180,00	100%	143,00			
01/26	180	180,00	100%	143,00			
02/26	180	180,00	100%	143,00			
03/26	180	180,00	100%	143,00			
04/26	180	180,00	100%	143,00			
05/26	180	180,00	100%	143,00			
06/26	180	180,00	100%	143,00			
07/26	180	180,00	100%	143,00			
08/26	180	180,00	100%	143,00			
09/26	180	180,00	100%	143,00			
10/26	180	180,00	100%	143,00			
11/26	180	180,00	100%	143,00			
12/26	180	180,00	100%	143,00			
01/27	180	180,00	100%	143,00			
02/27	180	180,00	100%	143,00			
03/27	180	180,00	100%	143,00			
04/27	180	180,00	100%	143,00			
05/27	180	180,00	100%	143,00			
06/27	180	180,00	100%	143,00			
07/27	180	180,00	100%	143,00			
08/27	180	180,00	100%	143,00			
09/27	180	180,00	100%	143,00			
10/27	180	180,00	100%	143,00			
11/27	180	180,00	100%	143,00			
12/27	180	180,00	100%	143,00			
01/28	180	180,00	100%	143,00			
02/28	180	180,00	100%	143,00			
03/28	180	180,00	100%	143,00			
04/28	180	180,00	100%	143,00			
05/28	180	180,00	100%	143,00			
06/28	180	180,00	100%	143,00			
07/28	180	180,00	100%	143,00			
08/28	180	180,00	100%	143,00			
09/28	180	180,00	100%	143,00			
10/28	180	180,00	100%	143,00			
11/28	180	180,00	100%	143,00			
12/28	180	180,00	100%	143,00			
01/29	180	180,00	100%	143,00			
02/29	180	180,00	100%	143,00			
03/29	180	180,00	100%	143,00			
04/29	180	180,00	100%	143,00			
05/29	180	180,00	100%	143,00			
06/29	180	180,00	100%	143,00			
07/29	180	180,00	100%	143,00			
08/29	180	180,00	100%	143,00			
09/29	180	180,00	100%	143,00			
10/29	180	180,00	100%	143,00			
11/29	180	180,00	100%	143,00			
12/29	180	180,00	100%	143,00			
01/30	180	180,00	100%	143,00			
02/30	180	180,00	100%	143,00			
03/30	180	180,00	100%	143,00			
04/30	180	180,00	100%	143,00			
05/30	180	180,00	100%	143,00			
06/30	180	180,00	100%	143,00			
07/30	180	180,00	100%	143,00			
08/30	180	180,00	100%	143,00			
09/30	180	180,00	100%	143,00			
10/30	180	180,00	100%	143,00			
11/30	180	180,00	100%	143,00			
12/30	180	180,00	100%	143,00			
01/31	180	180,00	100%	143,00			
02/31	180	180,00	100%	143,00			
03/31	180	180,00	100%	143,00			
04/31	180	180,00	100%	143,00			
05/31	180	180,00	100%	143,00			
06/31	180	180,00	100%	143,00			
07/31	180	180,00	100%	143,00			
08/31	180	180,00	100%	143,00			
09/31	180	180,00	100%	143,00			
10/31	180	180,00	100%	143,00			
11/31	180	180,00	100%	143,00			
12/31	180	180,00	100%	143,00			
01/32	180	180,00	100%	143,00			
02/32	180	180,00	100%	143,00			
03/32	180	180,00	100%	143,00			
04/32	180	180,00	100%	143,00			
05/32	180	180,00	100%	143,00			
06/32	180	180,00	100%	143,00			
07/32	180	180,00	100%	143,00			
08/32	180	180,00	100%	143,00			
09/32	180	180,00	100%	143,00			
10/32	180	180,00	100%	143,00			
11/32	180	180,00	100%	143,00			
12/32	180	180,00	100%	143,00			
01/33	180	180,00	100%	143,00			
02/33	180	180,00	100%	143,00			
03/33	180	180,00	100%	143,00			
04/33	180	180,00	100%	143,00			
05/33	180	180,00	100%	143,00			
06/33	180	180,00	100%	143,00			
07/33	180	180,00	100%	143,00			
08/33	180	180,00	100%	143,00			
09/33	180	180,00	100%	143,00			
10/33	180	180,00	100%	143,00			
11/33	180	180,00	100%	143,00			
12/33	180	180,00	100%	143,00			
01/34	180	180,00	100%	143,00			
02/34	180	180,00	100%	143,00			
03/34	180	180,00	100%	143,00			
04/34	180	180,00	100%	143,00			
05/34	180	180,00	100%	143,00			
06/34	180	180,00	100%	143,00			
07/34	180	180,00	100%	143,00			
08/34	180	180,00	100%	143,00			
09/34	180	180,00	100%	143,00			
10/34	180	180,00	100%	143,00			
11/34	180	180,00	100%	143,00			
12/34	180	180,00	100%	143,00			
01/35	180	180,00	100%	143,00			



Tarifa Social de Energia Elétrica-Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.626.022/0001-00 | Ins. Est. 0905943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

DIANA COSTA DA SILVA

CPF 097.430.064-97

CLASSIFICAÇÃO

01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA QUEIMADA 90

QUEIMADAS/TIMBALBA

TIMBALBA PE

55370-000

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	PERÍODO
7018818382	06/2019	06/2019
065185005	UF: PE	10/06/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA
1906/2019	2013893739	5067398

CONTA DE CONSUMO	PERÍODO
7018818382	06/2019
DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA
17/06/2019	10/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	159,29

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)	173,000000	0,74183879	128,36
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,58
Contrib. Supr. Pública Municipal			27,80
ICMS Substituição - ICMS-ST (05%)			2,82
ICMS Substituição - ICMS-ST (05%)			2,82

TOTAL DA FATURA

159,29

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE CONSTANTES	ADJUSTE	CONSUMO (KWh)
1906/2019	1-1	15-06-2019	4.734,28	10-07-2019	5.712,48	1	-0,00	173,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIA

COMPOSIÇÃO DO PREÇO

PERÍODO (Mês)	CONSUMO (KWh)	TENDÊNCIA
ABR 19	173	ICMS
MAR 19	146	PS
FEV 19	146	PS
DEZ 18	140	PS
NOV 18	135	PS
OUT 18	133	PS
SET 18	130	PS
AUG 18	127	PS
JUL 18	124	PS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
Consumo Ativo (MWh)	173,00	128,36
Acrescimo Bandeira AMARELA	1,58	1,58
Contrib. Supr. Pública Municipal	27,80	27,80
ICMS Substituição - ICMS-ST (05%)	2,82	2,82
ICMS Substituição - ICMS-ST (05%)	2,82	2,82
TOTAL A PAGAR		159,29

COMPOSIÇÃO DO PREÇO

Descrição do Serviço	R\$	%
Geração de Energia	43,81	27,50%
Transmissão	8,05	5,06%
Distribuição (Custos)	52,71	32,99%
Perdas de Energia	1,10	0,69%
Energia Substituída	1,12	0,70%
Impostos	51,73	32,26%
Total	159,29	100%

TENDÊNCIAS APLICADAS

0,54873000

DEMONSTRATIVO DO PREÇO

159,29 FOLHA 0072 1964 0005 3616 8025 8025

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para garantir a qualidade do serviço, a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) realiza a medição da energia elétrica em pontos de medição fixos, instalados em locais de fácil acesso, com o objetivo de garantir a precisão da medição e a segurança do sistema. A medição é realizada por meio de medidores de energia elétrica, que são instalados em pontos de medição fixos, instalados em locais de fácil acesso, com o objetivo de garantir a precisão da medição e a segurança do sistema. A medição é realizada por meio de medidores de energia elétrica, que são instalados em pontos de medição fixos, instalados em locais de fácil acesso, com o objetivo de garantir a precisão da medição e a segurança do sistema.

DESCRIÇÃO E PARÂMETROS DAS TENSÕES	VALORES
TENSÃO NOMINAL (V)	220
TENSÃO MÁXIMA (V)	230
TENSÃO MÍNIMA (V)	210

VALORES	VALORES
VALORES	VALORES
VALORES	VALORES



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

SEVERINO MATIAS DE SOUZA

CPF: 890.592.004-06

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VER LUIZ LUCENA 282

JARDIM GUARANY/TIMBAUBA
55870-000 TIMBAUBA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

07/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

184,43

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

09/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

076484226

CONTA CONTRATO

001332315010

Nº DO CLIENTE

2000789743

Nº DA INSTALAÇÃO

0003874842

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

F80C.4B45.0307.4BB4.6F79.1239.782D.E79F

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	186,00	0,77952320	144,99
Acréscimo Bandeira VERMELHA			10,55
Contrib. Ilum. Pública Municipal			27,60
ICMS Subvenção-CDE-NF 068921854-09/07/19			1,29
TOTAL DA FATURA			184,43

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
155,54	25,00	38,88	155,54	0,81	1,25	155,54	3,72	5,78

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 8.54932000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	SET 19	AGO 19	JUL 19	JUN 19	MAI 19	ABR 19	MAR 19	FEV 19	JAN 19	DEZ 19	NOV 19	OUT 19	SET 19
kWh	186	180	185	191	188	161	190	163	164	196	172	159	170

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	63,87	34,61
Transmissão	6,36	3,46
Distribuição (Celpe)	32,64	17,68
Encargos Setoriais	7,66	4,16
Tributos	45,91	24,92
Perdas de Energia	10,28	5,61
TOTAL	156,54	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
M91423	CAT	08/09/2019 43.481,00	09/09/2019 43.667,00	32	1,00000	0,00	186,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
Jul 2019					
DIC-No.de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,00	6,15	12,30	24,60
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,63	8,00	8,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 55,49					
(Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.)					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você, com cartão de crédito ou dinheiro. O senhor José Marques da Fonseca 71 apt01 centro / pharma paula: r iria maria da luz 36a cesar augusta. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira vermelha é a Vermelha. 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% (Res 414/ANEEL). Juros 1% a.m (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.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
001332315010	09/2019	184,43	07/10/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000017 844300110017 332315010107 143132010534



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEM BOG

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 01/05/2019

HORA:

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

106

Nome: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

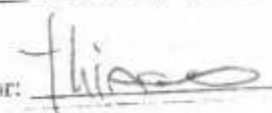
Cartão SUS: _____ Sexo: M Data Nasc: 13/03/33 Idade: 65

Nome da mãe: _____

Logradouro: VEREADOR LUIS LUCELA Nº 282

Complemento: CASA Bairro/Localidade: J. GUARANI

Município: Timbaúba UF: PE Telefone: () _____

Rubrica do Colaborador: 

2- ANAMNESE:

fratura clavicula D.

3- SSVV: T _____ F.C. _____ PA: _____ F.R: _____ Glasgow: _____ SatO2 _____ HGT _____

5674554

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica:

Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora ____/____/____ às ____:____ h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Dol / 400
+ rocuron
+ clonazepam

CID:

Médico: (Assinatura e Carimbo)

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
01/05/2019PROTOCOLO
MÉDICA RECEBIDA

① Buscaram com o Dr. Jm

② Lugo 305500

BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Olavio BritoPaciente: Suena, rotativo de diaIdade: 61 anosSenha: 5674554

Anamnese: _____

Exame Físico: estávelPA 115/75 - sem MTC e Glic 110Hipótese Diagnosticada: infarto do miocárdio

Medicamentos/Procedimentos Realizados: _____

Equipe de Transferência: _____

Médico: [assinatura]Data: 11/11



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 3327582 Prontuário: 1085826
Nome: SEVERINO MATIAS DE SOUZA Nome Social:
Data Nasc.: 13/03/1953 Idade: 66 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 705001229348250
Endereço: RUA CORONEL ANTONIO VICENTE N°: 55
Bairro: CRUANGI Cidade: TIMBAUBA Estado: PE
CEP: 55875970 Fone: 558193547898 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: SEVERINA TAVARES DA SILVA
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Visto
pelo
MEF

2 - ATENDIMENTO

Data: 02/05/2018 01:57

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Lesão por queda Biker x bicicleta. Esfera fl.
Clavícula @ 1/3 médio/polar com punho.

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Fr. Clavícula @

Dr. Luciano Machado
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 12.579 TEOT

Dr. Luciano Machado
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 12.579 TEOT

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

@ dieta simples

Dr. Luciano Machado
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 12.579 TEOT

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 02/05/2019 01:57

	Nome Paciente:	SEVERINO MATIAS DE SOUZA
	Cód. Paciente:	1085826
	Data de Nascimento:	13/03/1953
	Sexo:	Masculino
	Idade:	66
	Senha:	EA0006
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	3327582 
SAME:	1085826	

Período: 02/05/2019 02:00 - 02/05/2019 02:03

EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: SOFREU QUEDA DE BICICLETA APÓS COLISÃO COM MOTO ONTEM À TARDE.
DOFREU PANCADA NA CABEÇA NAS NÃO DESMAIOU.

Observação: NEGA DM, HAS OU ALERGIAS, P.A. = 156X94MMHG. P=82.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/05/2019 02:03

