

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR**

Inscrito (a) no CPF/CNPJ **794.699.224** / **68** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

**RAFAEL JOSE DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **107 779 024 / 43**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDOEL** da Vítima **RAFAEL JOSE DA SILVA**

Inscrito (a) no CPF sob o Nº **107 779 024 / 43**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

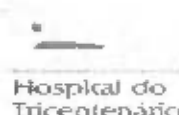
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                               |                                          |                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|
| Endereço:<br><b>PRAÇA PADRE FELIX BARRETO</b> | Número:<br><b>13</b>                     | Complemento:                       |
| Bairro:<br><b>LIVRAMENTO</b>                  | Cidade:<br><b>VITÓRIA DE SANTO ANTÃO</b> | Estado:<br><b>PE</b>               |
| E-mail:                                       | CEP:<br><b>55.602-360</b>                | Tel.(DDD):<br><b>81 98877-8145</b> |

Local e Data: **Vitória**

*IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR*

Assinatura do Declarante



**Nome:** RAFAEL JOSE DA SILVA  
**Dt. Nasc.:** 25/07/93 - 25 ano (s)  
**Mãe:** MARIA DAS DORES DA MOTA  
**Endereço:** ENGENHO CANZASA, nº 1, BONACA, MORENO - PE  
**Data/hora:** 19/06/2019 - 08:21

**Nº registro:** 238172  
**Sexo:** Masculino  
**Fone:**  
**Nº pág.:** 1/1

## CONSULTA ORTOPÉDICA

### Anamnese Médica / Evolução Clínica:

DOR OMBRO D E REG LOMBAR APÓS TRAUMA POR QUEDA DE MOTO ( SIC )  
SOCORRIDO PELO SAMU

### Exame Físico:

DOR COM EDEMA OMBRO D  
DOR REG LOMBAR SEM IRRADIAÇÃO OU DORMÊNCIA

### Resultados de Exames:

O RX  
SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE CLAVÍCULA D COMINUTIVA COM DESVIO

### Conduta:

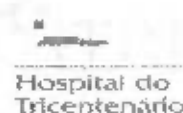
COLOCADO TIPÓIA  
MEDICADO  
SOL TRANSF DE URG A CENTRAL DE LEITOS  
H.O.F.  
SENHA: 5709122

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S420 - Fratura da clavícula | | Diálise ?<? da clavícula| Extremidade acromial ?>?

Óbito: Não

**Dr. PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA**  
CRM: 6984



Nome: **RAFAEL JOSE DA SILVA**  
Dt. Nasc.: **25/07/93 - 25 ano (s)**  
Mãe: **MARIA DAS DORES DA MOTA**  
Endereço: **ENGENHO CANZASA, nº 1, BONACA. MORENO - PE**  
Data/hora: **19/06/2019 - 09:17**

Nº registro: **238172**  
Sexo: **Masculino**  
Fone:  
Nº pag.: **1/1**

### **SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE / REMOÇÃO DE PACIENTE**

Funcionário Requisitante / Função: **YARA TALYTA**

Hora da Solicitação: **19/06/2019 08:33**

Hora da Transferência: **19/06/2019 09:10**

Especialidade Solicitante: **Ortopedia**

Especialidade Encaminhada: **Ortopedia**

Causa: **Outros**

Transporte: **Samu/Bombelro - Médico presente: NÃO**

Equipe: **SAMU**

Hipótese Diagnóstica (Motivo): **FRATURA DE CLAVICULA D**

#### **DADOS DA TRANSFERÊNCIA:**

Transferência encaminhado para: **Hospital Otávio de Freitas**

Motivo: **FRATURA DE CLAVICULA D**

Senha: **5709122**

**Dr.ª YARA TALYTA ARAUJO DE SOUZA SILVA**  
**COREN: 11842**

Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

DA Nº: 2360.000  
EM: 06.08.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **RAFAEL JOSÉ DA SILVA, RG: 6.858.427 – SDS/PE, CPF: 107.779.024-43**, consta em nossos arquivos a ocorrência de **Nº S – 643236**, do dia 19 de junho de 2019, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 06h 30min vítima de queda de moto. O acidente aconteceu na Av. Manoel Rabelo s/n, Próximo ao posto da polícia rodoviária – Sucupira - Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para H.O.F.

Jaboatão dos Guararapes, 23 de agosto de 2019.

  
Valdemar Pereira de Melo  
Gerente Administrativo  
Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes - PE  
Coord. Geral SAMU/ Sec. Saúde.  
CRM 1181 - Mat.40.911.164-1



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
**Hospital Otávio de Freitas**

**Dados do Atendimento:**

Data/Hora Atend.: 21/06/2019 14:57

Prontuário: 1089239

Nº. Atendimento: 3346677

Serviço: CIRURGIA

Nome:  
RAFAEL JOSE DA SILVA

Idade:  
26 Anos 0 Mês 12 Dias

Nasc.  
25/07/1993

Sexo:  
MASCULINO

CNS:  
701008832941190

Contatos:  
81. 85176390 | Celular: 81.

Mãe:  
MARIA DAS DORES DA MOTA

Endereço:  
ENGENHO CANZANSA, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: MORENO - UF: PE

Enfermaria/Leito:

Médico:  
EDUARDO KRUG CARVALHO

## Admissão

### Queixa Principal

DOR EM OMBRO D

### História Clínica

ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 DIAS. SEM OUTRAS QUEIXAS

### Exame Físico

DOR E DEFÓRMIDADE EM CLAVICULA D

### Observações

FRATURA COMINUTIVA CLAVICULA D COM DESVIO

### Conduta

CIRURGICO

EDUARDO KRUG CARVALHO - CRM: Nº.15075

06/08/19  
JOM  
00112



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES  
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES  
426

### Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

RAFAEL JOSÉ DA SILVA

9- SEXO

MASCULINO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1089239

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

MARIA DAS DORES DA MOTA

14- TELEFONE DE CONTATO

7- (CNS)

701008832941190

8- DATA DE NASCIMENTO

25/07/1993

12- TELEFONE DE CONTATO

81, 85176390 | Celular: 81.

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

ENGENHO CANZANSA, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: MORENO - UF: PE

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 DIAS. SEM OUTRAS QUEIXAS

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATURA COMINUTIVA CLAVICULA D COM DESVIO

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

FRATURA COMINUTIVA CLAVICULA D COM DESVIO

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL

FRATURA DA CLAVICULA - S420

21- CID 10 SECUNDÁRIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGENCIA E EMERGENCIA

28- CPF DO CNES/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)

EDUARDO KRUG CARVALHO - CRM: Nº.15075

76159116487

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

21/06/2019

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

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD ÓRGÃO EMISSOR

46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO  
SOLICITANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO  
AUTORIZADOR

Atendimento: 3346682

Dt Atendimento: 21/06/2019 - 18:44

Dt Alta: 21/06/2019 - 22:14

Paciente: 1089239 RAFAEL JOSE DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 206 TRAU 36-02 - POSTO III

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 8 ALTA POR OUTROS MOTIVOS

Usuário: PATRICIAMCF

Diretor Clínico:

CID:

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Código

F.A.T.SAM.01

Revisão

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Rafael José da SilvaREGISTRO: 770405 DATA DE NASCIMENTO: 25 / 07 / 1993RG: 6.858.427 ÓRGÃO EMISSOR: SDS / PEENDEREÇO: Engenho Canzanza Cidade  
maremaNOME DA MÃE: Mário das Dores da MataDATA ADMISSÃO: 21 / 06 / 2019 DATA ALTA: 28 / 06 / 2019DATA DO PROCEDIMENTO: 27 / 06 / 2019 CID: S 42.0DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavicula DireitaTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de  
Fratura da Clavicula Direita + Osteotomia  
+ Tenotomia + NeuóliseMÉDICO: Arivaldo Coimbra

CREMEPE: \_\_\_\_\_

JABOATÃO DOS GURARAPES, 30 DE Julho DE 2019

DR. OSVALDO COIMBRA JR  
Ortopedia / Traumatologia  
Cir. Ombro e Cotovelo  
CRM-PE: 18.858 / TEOT: 13351

MÉDICO

### Sumário de Admissão e Alta

Nome: RAFAEL JOSE DA SILVA

Prontuário: 770405

Abandimento: 224580

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 17 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

CID: S420

Procedimento Solicitado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
- ☐ Diária de UTI
- ☐ Diária de Acompanhantes
- ☐ Vacina Anti -- Rh

- ☒ Uso de Prótese Órtese
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 21/06/2019

Data da Alta:

Dias de Hospitalização:

dia (s).

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 22622



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SENHA 598364

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES  
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES  
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

RAFAEL JOSE DA SILVA

9- SEXO

MASCULINO

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1089239

7- (CNS)

701008832941190

8- DATA DE NASCIMENTO

25/07/1993

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

MARIA DAS DORES DA MOTA

12- TELEFONE DE CONTATO

81. 85176390 | Celular: 81.

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

ENGENHO CANZANSA, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: MORENO - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 DIAS. SEM OUTRAS QUEIXAS

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATURA COMINUTIVA CLAVICULA D COM DESVIO

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

FRATURA COMINUTIVA CLAVICULA D COM DESVIO

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL

FRATURA DA CLAVICULA - S420

21- CID 10 SECUNDÁRIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGENCIA E EMERGENCIA

29 - CPF OU CNS / 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR)

EDUARDO KRUG CARVALHO - CRM: Nº.15075

76159116487

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

21/06/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBOR

☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☒ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGUADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- COD ORGÃO EMISSOR

46- Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

33- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO  
SOLICITANTE

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

48- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO  
AUTORIZADOR

Secretaria de Saúde - PJGPE

OS - Gerência de Controle e Avaliação

Janio Garcia Mac Donato Donato

diretor Aut. SUS - CRM: 8822

Senha = 388364

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 224580

Nascimento: 25/07/1993

Responsável:

Prontuário: 770405

Sexo: Masculino

Nome: RAFAEL JOSE DA SILVA

Data e Hora do Atendimento: 21/06/19 22:56:19

Idade: 25 Anos, 10 Meses e 27 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 10777902443

Identidade: 6858427

Telefone:

Conjuge: -

Estado Civil:

Cartão SUS: 701008832941190

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DA MOTA

Nome do Pai: JOSE CICERO DA SILVA

Endereço: ENGENHO CANZANSA, ZONA RURAL, CEP: 54800000, Nº 0, MORENO - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 02

Médico: AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

CID: S420

### RESUMO DE INTERNAMENTO

#### STÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 3 DIAS REFERE DOR EM MSD

#### ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDM

#### EXAME FÍSICO GERAL:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNEICO

#### AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR 2T BNF S/S

#### AP - RESPIRATORIO:

MV+ AHT SEM RA

#### ABDOMEN:

PLANO, INDOLOR

#### AP - GENITO - URINARIO:

NDM

#### OUTROS:

NDM

#### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1-FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

#### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

#### CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

AECIO ALVES  
CRM: 23664  
R. 23664

## Relatório Geral de Cirurgias

Nome: RAFAEL JOSE DA SILVA

Prontuário: 770405

Atendimento: 224580

Unidade de Internação / Leito: ENF 17 - LEITO 02

Sexo: Masculino

Idade: 25 Anos, 11 Meses e 2 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (040302007-7) + TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA CLAVÍCULA DIREITA (040801015-0)  
+ OSTEOTOMIA CLAVÍCULA (040801011-8) + TENOMIORRAFIA (040806045-0)

Data: 27/06/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

05. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

### Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA  
ASSEPSIA E ANTISSEPSE  
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS  
INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA  
DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA  
OSTEOTOMIA DE BORDAS DA FRATURA  
NEURÓLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULAR  
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICAIS  
TENOMIORRAFIA DE TRAPEZIO E PEITORAL MAIOR  
LAVAGEM COM SF  
REVISÃO DA HEMOSTASIA  
FECHAMENTO POR PLANOS

  
Dr. OSVALDO COIMBRA JR.  
Ortopedia e Traumatologia  
Cir. Ombro e Mão, Torso  
CRM-P: 16658 / TEOT: 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

**Emissão: 14/08/2019 10:14**

Atendimento: 313754 Entrada: 20/05/2019 Hora: 09:55  
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA  
Responsavel:  
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Recepcionista: ADRIANA VIEIRA  
Matricula:  
Identidade:  
C.N.S.: 898002988470434

Paciente: 15953 RAFAEL JOSE DA SILVA  
Nascimento: 25/07/1993 (26 Anos)  
Endereco: ENGENHO CANZANZA  
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 54800-000  
Cidade: 2609402 MORENO  
Pai: JOSE CECERO DA SILVA  
Mãe: MARIA DAS DORES DA MOTA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.: 10777902443  
Identidade: 6858427 - SDS - PE  
Telefone: / 93153050  
G.Instrução:  
Ocupação: CARREGADOR  
Naturalidade: PALMARES

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

**Em: 21/06/2019 - 12:09**

**CONSULTA NA URGENCIA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9756)**

**Queixa do paciente: paciente relata acidente de moto ha 3 dias , refere dor em ombro direito , atendido no hof**

**Exame físico: egr, consciente sme dor + edema de ombro direito**

**Hipótese diagnóstica: fratura de clavícula direita**

**Prescrição/Conduta:**

|      | tipoia | Horario/Checagem |
|------|--------|------------------|
| 01 - |        |                  |
| 02 - |        |                  |
| 03 - |        |                  |
| 04 - |        |                  |

**Reavaliação: encaminhado ao hospital otavio de freitas ao serviço de cirurgia de ombro senha 5710691**

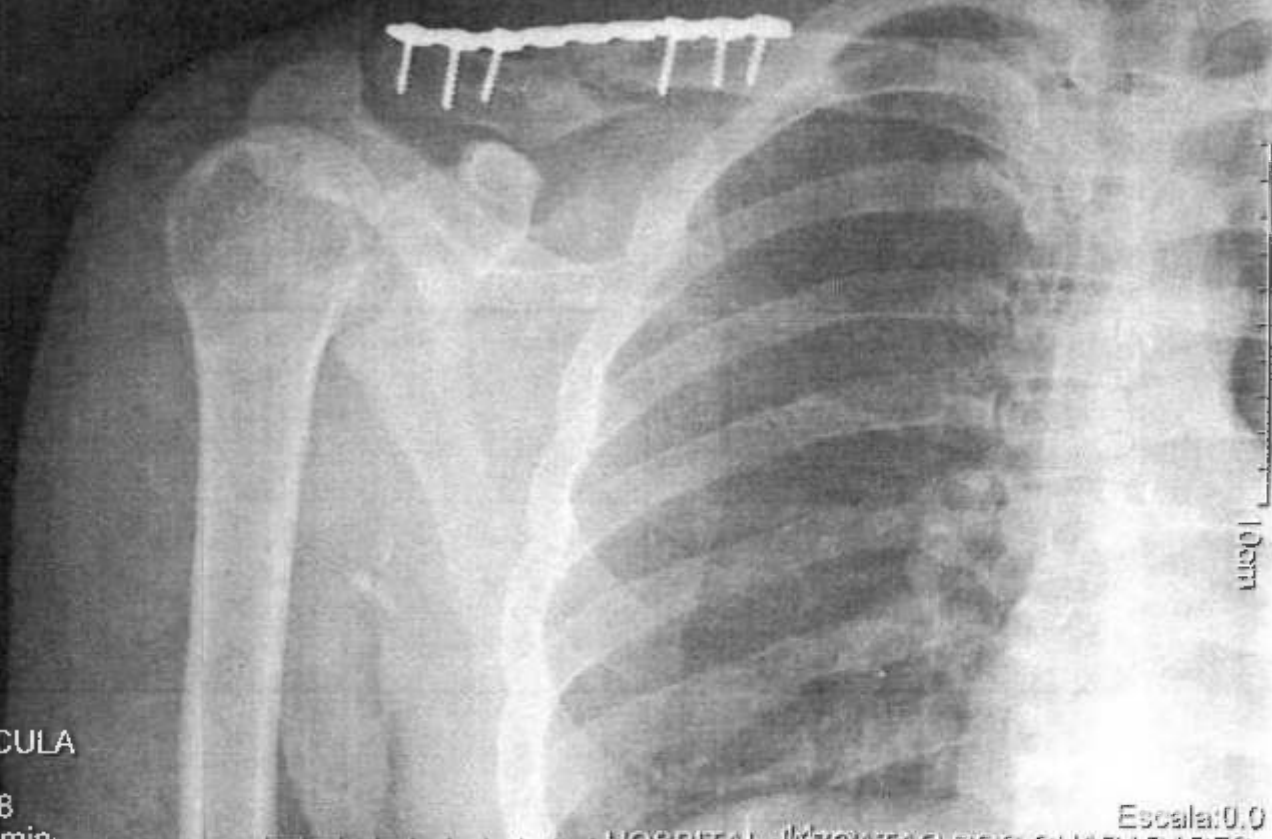
**Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:**

Hospital Memorial Armindo Moura  
SAM  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3515-2013  
Av. Cláudio Cavalcanti, 100 - 55080-000 - PE

RAFAEL JOSE DA SILVA,  
Sex:  
Data de nascimento: 25/07/1993  
ID: 770405

Dir.

Data de aquis.: 11/07/2019  
Hora de aquis.: 07:56:02  
Índice de exp.: 1210



OMBRO CLAVÍCULA

AP

W: 3633, L: 2288

ID de técnico: admin-

HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES

Escala: 0.0

RAFAEL JOSE DA SILVA,

Sex:

Data de nascimento: 25/07/1993

ID: 770405

Data de aquis.: 11/07/2019

Hora de aquis.: 07:54:33

Índice de exp.: 1270



OMBRO CLAVÍCULA

AP

W: 3864, L: 2147

ID de técnico: admin

HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES

Escala: 0.0

1518333531405095217/0298436 F-82 83.651 - 4331

107.779.024-43

0002107 08 CORTES-PE >K7

<< 129809 03.55 1998 1 00002 227

25/07/1993

PALMARES - PE

<< RAFAEL JOSÉ DA SILVA >>

<< JOSÉ CÍCERO DA SILVA >>

<< MARIA DAS DORES DA MOTA >>

6.858.427

12/09/2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

EC-9

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

EC-9

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

EC-9

RAFAEL JOSÉ DA SILVA

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

EC-9

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

CAC-01



*Ivoaldo Ferreira de Barros Junior*

CARTERA DE IDENTIDADE

VALOR EM FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL

4.493.761

23/08/2011

<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS JÚNIOR >>

<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS >>

<< MYRTE MARIA WANDERLEY DE BARROS >>

RECIFE - PE

20/03/1975

<< CN-74847 LA-81 F.186 V.CART.SEDE-VITÓRIA DE STºANTÃO-PE.19.12.1985 >>

794.699.224-68

ASSINATURA DO DETENTOR

15/11/77 1984 IN UNIFORME

F-45.29.958 - 4433

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENOTRAN

DETRAN - PE Nº 014801830001  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

|     |              |            |           |
|-----|--------------|------------|-----------|
| VIA | COD. RENAVAM | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO |
| 1   | 544877063    | 300000000  | 2019      |

NOME  
JACKSON DOMINGOS DA SILVA

MORENO - PE

|                |          |
|----------------|----------|
| CPE / CNPJ     | PLACA    |
| 711.362.874-83 | WJD-1358 |

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| PLACA ANT. / UF | CHASSI           |
| ***** / PE      | 9C2EC1680R411917 |

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| ESPECIE TIPO      | COMBUSTIVEL    |
| PAS / MOTOCICLETA | ALCOOL / GASOL |

|                         |          |          |
|-------------------------|----------|----------|
| MARCA - MODELO          | ANO FAB. | ANO MOD. |
| HONDA / CG150 FANF BOLD | 2013     | 2013     |

|                   |           |                  |
|-------------------|-----------|------------------|
| CAP. / POT. / CL. | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE |
| 2P/149CL          | PARTIC    | VERMELHA         |

|                   |                      |                 |            |
|-------------------|----------------------|-----------------|------------|
| COTA ÚNICA        |                      | VENO COTA ÚNICA | VENO COTAS |
| IPVA 2019 QUITADO |                      | 1º              | 91.411.111 |
| I<br>P<br>V<br>A  | FATURA IPVA          | 2º              | *****      |
|                   | PARCELAMENTO / COTAS | 3º              | *****      |
|                   |                      |                 |            |

|                        |           |                    |                   |
|------------------------|-----------|--------------------|-------------------|
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) | ICF (R\$) | PRÊMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| 80.11                  | 0.32      | 84.58              | 05/02/19          |

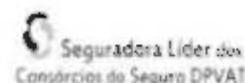
OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| LOCAL                 | DATA     |
| MORENO Roberto Dantas | 05/02/19 |

ROBERTO DANTAS MORENO  
DIRETOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

CONTRAN

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344826/19

**Vítima:** RAFAEL JOSE DA SILVA

**Data do acidente:** 19/06/2019

**CPF:** 107.779.024-43

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RAFAEL JOSE DA SILVA

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68**

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

**RAFAEL JOSE DA SILVA : 107.779.024-43**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/10/2019  
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR  
CPF: 794.699.224-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019  
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Josyelli de Oliveira Cabral

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA RAFAEL JOSE DA SILVA  
 DATA DO ACIDENTE 19/6/19 CPF DA VÍTIMA 107 779 024 43  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É RAFAEL JOSE DA SILVA  
 ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETO  
 Nº 13 COMPLEMENTO  BAIRRO LIVRAMENTO  
 CIDADE VITORIA UF PE CEP 55602-380  
 E-MAIL  TELEFONE (81) 98877-6145

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
  - MORTE = R\$ 15.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
  - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

 DATA 

 IDENTIDADE 4493761

 ASSINATURA Ivonildo Ferreira
de Barros Junior

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

 DATA 

 NOME 

 ASSINATURA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190567669 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 15/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. P2.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P7,11. P2,5,7,9,11,13.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO 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 ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190567669 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 14/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. P2.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P7,11. P2,5,7,9,11,13.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO 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 ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

---

**Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190567669**

**Vítima: RAFAEL JOSE DA SILVA**

**Data do Acidente: 19/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR**

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

**Senhor(a), RAFAEL JOSE DA SILVA**

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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567669

Vítima: RAFAEL JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL JOSE DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RAFAEL JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000648

Conta: 000000131479-9

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

10777902443

RAFAEL JOSÉ DA SILVA

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

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

RAFAEL JOSÉ DA SILVA

10777902443

LABADOR

EG CANZANZA

520 EG

EG CANZANZA

CABO RURAL

PE

54500-001

011988776145

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0648 013 CONTA: 0013479 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 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

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 (já 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

X Rafael José da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



2 de 2

28/08/2019 17:00



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO -  
DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0111001296**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/08/2019 às  
09:08

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 19/8/2019 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GENERAL MANUEL RABELO 4842 ATÉ  
O FIM, 1 - Bairro: SUCUPIRA - JABOATÃO DOS  
GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO AO  
POSTO DA POLICIA RODOVIARIA  
Local do Fato: VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))  
JACKSON DOMINGOS DA SILVA (OUTRO)  
RAFAEL JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a)  
RAFAEL JOSE DA SILVA



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

**RAFAEL JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS  
DORES DA MOTA Pai: JOSE CICERO DA SILVA Data de Nascimento: 25/7/1993 Nacionalidade:  
PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 9998427-5DS PE (RG) 10777982443  
(CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares:  
- 999176338**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE MORENO, , ENGENHO CANZANZA - - CEP: 55080-000  
- Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL. PROXIMO A A SOCIAÇÃO**

**JACKSON DOMINGOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) JACKSON DOMINGOS DA  
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a) RAFAEL JOSE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ESD** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KCB4398** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

### Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR RAFAEL JOSE DA SILVA, COMUNICANDO QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MENCIONADA NA OCORRENCIA, PASSANDO PROXIMO AO POSTO DA POLICIA MILITAR EM SUCUPIRA - JABOATAO - PE, HAVIA UM BURACO NO PISTA O MESMO DESGOVERNOU-SE DA MOTOCICLETA E FOI AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO O SAMU PARA UPA - DO IBURA, PARA O PRIMEIROS SOCORROS LOGO EM SEGUIDA FOI TRANFERIDO PARA HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS NO RECIFE - PE., NO DIA 27 DE JUNHO DE 2019 FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA DA CAVICULA NO HOSPITAL MEMORIAL EM JABOATAO - PE, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

*Rafael Jose da Silva*

RAFAEL JOSE DA SILVA  
(VITIMA)

*Roberto Barrosa Patriota*

S.O. registrado por: **ROBERTO BARROSA PATRIOTA** - Matrícula: **361026-3**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

10777902443

RAFAEL JOSÉ DA SILVA

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

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

RAFAEL JOSÉ DA SILVA

10777902443

LABADOR

EG CANZANZA

520 EG

EG CANZANZA

CABO RURAL

PE

54500-001

011988776145

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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0648 013 CONTA: 0013479 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 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

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 (já nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

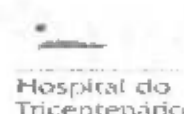
40 - Local e Data,

X Rafael José da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Nome: **RAFAEL JOSE DA SILVA** Nº registro: **238172**  
Dt. Nasc.: **25/07/93 - 25 ano (s)** Sexo: **Masculino**  
Mãe: **MARIA DAS DORES DA MOTA** Fone:  
Endereço: **ENGENHO CANZASA, nº 1, BONACA. MORENO - PE**  
Data/hora: **19/06/2019 - 08:14** Nº pág.: **1/1**

## **RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**SENHA: BS005**

**19/06/2019 - DAYANE DE MOURA**

**Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO**  
**Especialidade: ORTOPEDIA**  
**Encaminhado Para: SALA AMARELA - ORTOPEDIA**

## **ANAMNESE ENFERMAGEM**

**ALERGIA: NEGA**

**QUEIXA PRINCIPAL:**

- ACIDENTE DE MOTO
- Ferimento

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU JABOATÃO COM O TÉCNICO WILLIAM E O CONDUTOR RIVALDO COM RELATO DE QUEDA DE MOTO E QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO DIREITO E ESCORIAÇÕES EM PE DIREITO.  
NEGA DESMAIO E VÔMITOS

## **EXAME FÍSICO:**

PA: **120 x 70 mmHg** | Temperatura:  
HGT: **92 mg/dL** | Sat O2: **98%** | FC: **86 Bpm** | Peso: | Altura:

## **OBSERVAÇÕES:**

NEGA DM E HAS

**Dr.ª DAYANE DE MOURA SANTANA**  
**COREN : 7822**

# 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: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: RAFAEL JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000131479-9

---

Nr. da Autenticação 8C7596D7F7983634

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

838900000005 108400110018 815440010100 172058603437

## 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 10.935.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



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 5598  
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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR  
CPF: 794.689.224-68

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC PE FELIX BARRETO 13

LIVRAMENTO VITÓRIA DE SANTO ANTAO  
55602-360 VITÓRIA DE SANTO ANTAO 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

13/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/09/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

06/09/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

076259315

## CONTA CONTRATO

007006571365

Nº DO CLIENTE  
2001258677

Nº DA INSTALAÇÃO  
0005363480

## CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

87D7.DD73.38B3.2AED.732B.6DAC.5323.B481

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO                                 | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$)   |
|-------------------------------------------|------------|------------|---------------|
| Consumo Ativo(kWh)                        | 163,00     | 0,77983320 | 127,06        |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA               |            |            | 0,25          |
| Contrib. Num. Públicas Municipais         |            |            | 27,92         |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 064719524-08/08/19  |            |            | 1,18          |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 068619481-08/07/19  |            |            | 1,12          |
| Multa por atraso-NF 072530959 - 07/08/19  |            |            | 2,62          |
| Juros por atraso-NF 072530959 - 07/08/19  |            |            | 0,38          |
| Atualização IGP-M-NF 072530959 - 07/08/19 |            |            | 0,15          |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                    |            |            | <b>158,92</b> |

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS            |       |                  | PIG             |      |                  | COFINS          |      |                  |
|-----------------|-------|------------------|-----------------|------|------------------|-----------------|------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | %     | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO |
| 138,31          | 25,00 | 34,67            | 138,31          | 0,81 | 1,10             | 138,31          | 3,72 | 5,07             |

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 163,00

## HISTÓRICO DO CONSUMO

| SET | 19 | 163 |
|-----|----|-----|
| AGO | 19 | 163 |
| JUL | 19 | 160 |
| JUN | 19 | 164 |
| MAY | 19 | 170 |
| ABR | 19 | 171 |
| MAR | 19 | 180 |
| FEV | 19 | 188 |
| JAN | 19 | 120 |
| DEZ | 18 | 154 |
| NOV | 18 | 138 |
| OUT | 18 | 138 |
| SET | 18 | 126 |

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

|                      | R\$           | %          |
|----------------------|---------------|------------|
| Geração de Energia   | 47,32         | 34,50      |
| Transmissão          | 4,72          | 3,48       |
| Distribuição (Celpe) | 20,60         | 20,96      |
| Encargos Especiais   | 4,72          | 4,00       |
| Tributos             | 48,24         | 30,57      |
| Perdas de Energia    | 0,85          | 0,81       |
| <b>TOTAL</b>         | <b>138,31</b> | <b>100</b> |

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |           | ATUAL      |           | Nº DEVS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|-------------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|---------|-----------|--------|-------------|
|                   |                | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   |         |           |        |             |
| 06900000001022258 | CA7            | 07/09/2018 | 10.427,00 | 08/09/2018 | 10.590,00 | 30      | 1.0000    | 0,00   | 163,00      |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/10/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO                                                                                        | CONJUNTO               | VALOR AFIRADO | METAS ANUAL | MTA TRIM | METAS ANUAL        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|-------------|----------|--------------------|
| 08/2019                                                                                          |                        |               |             |          |                    |
| DCE-Nº de horas sem Energia                                                                      | VITÓRIA DE SANTO ANTAO | 0,00          | 5,79        | 11,58    | 23,16              |
| FAC-Nº de vezes sem Energia                                                                      | ANTAO                  | 0,00          | 3,30        | 6,60     | 19,80              |
| DMC-Duração máxima de Interrupção contínua                                                       |                        | 0,00          | 0,37        | 0,00     | 0,30               |
| DICR-Duração de Interrupção em dia crítico                                                       |                        |               |             |          | Limite DICR: 12,22 |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 44,03                                                         |                        |               |             |          |                    |
| Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DCE, FSC, DMC e DICR a qualquer tempo. |                        |               |             |          |                    |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: ag. correio Wagner, avenida Mariana Amalá matriz / criacol comercial farmaceutica: na primitivo da miranda 197 centraliza completa em www.celpe.com.br.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.458/13.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/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.

## NÍVEL 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 | TALÃO DE PAGAMENTO                                                              |
|----------------|---------|--------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 007006571365   | 09/2019 | 0,00               | 13/09/2019 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este canhoto será usado em leitura ótica. |

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA