

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-802
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
Ouvíndia 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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

DATA DE VENCIMENTO 13/06/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/06/2019	CONTA CONTRATO 007006571365
TOTAL A PAGAR (R\$) 155,85	DATA DA APRESENTAÇÃO 06/06/2019	Nº DO CLIENTE 2001259677

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC PE FELIX BARRETO 13
LIVRAMENTO/VITORIA DE SANTO ANTÃO
55602-360 VITORIA DE SANTO ANTÃO PE

CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - COMERCIAL Monofásico
RESERVADO AO FISCO A168.9743.2912.A640.C84E.8E54.9362.93B2

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.

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	164,00	0,74193679	121,67
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,75
Contrib. Ilum. Pública Municipal			27,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 053346789-11/03/19			0,89
ICMS Subvenção-CDE-NF 057192095-08/04/19			1,10
Multa por atraso-NF 060979679 - 08/05/19			2,64
Juros por atraso-NF 060979679 - 08/05/19			0,30
Atualização IGPM-NF 060979679 - 08/05/19			0,28
TOTAL DA FATURA			155,85

AP
10 JUN 2019

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933009	NW/H	
JUN	19	164	
MAI	19	170	
ABR	19	171	
MAR	19	166	
FEV	19	168	
JAN	19	120	
DEZ	18	154	
NOV	18	138	
OUT	18	139	
SET	18	126	
AGO	18	133	
JUL	18	124	
JUN	18	133	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	41,35 33,50
Transmissão	4,81 3,98
Distribuição (Celpe)	29,18 22,65
Encargos Setoriais	8,86 5,58
Tributos	32,07 25,94
Perdas de Energia	5,19 4,45
TOTAL:	123,42 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MÉDIO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº CHAM	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003011092258	CAT	08/05/2019 9.940,00	06/06/2019 10.104,00	29	1,00000	0,00	164,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/07/2019

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		abr/2019			
DIC-No.de horas sem Energia	VITORIA DE SANTO ANTAO	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,69	13,30
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,37	6,68	9,98
DCRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Límite DCRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 48,93					
Todo Consumidor pode solicitar a apreensão das Indicadores DIC, FIC, DMC e DCRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de você! ag correios wagner: avenida mariana amália matriz / crisgel comercial farmacêutica: rua primitivo de miranda 197 centro lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.							
DESTAQUE AQUI							
CONTA CONTRATO 007006571365							
MÊS/ANO 06/2019							
TOTAL A PAGAR(R\$) 155,85							
VENCIMENTO 13/06/2019							
TALÃO DE PAGAMENTO							
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.							

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

8387000000010 558500110070 006571365107 139881767230



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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

JURANDIN ANTONIO DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 353 391 287 15,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JURANDIN ANTONIO DE LIMA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 353 391 287 15, 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: PRAÇA PADRE FELIX BARRETO		Número: 13	Complemento:
Bairro: LIVRAMENTO	Cidade: VIITÓRIA DE SANTO ANTÃO	Estado: PE	CEP: 55.602-360
E-mail:		Tel.(DDD): 81 98877-6145	

Local e Data: Vitoria, 30 de Junho de 2019.

Ivonildo Ferreira de Barros Junior
Assinatura do Declarante



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade desse relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jurandir Antonio Lima

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

19/01/19

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

19/01/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jurandir Antonio de Lima

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente Sofreu atropelamento por moto com exposição de fratura exposta do 1/3 medio perna esquerda onde

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): realizou cirurgia e colocou haste metálica com parafusos e ficou com dificuldade de movimentação do MTE impossibilitado de agachamentos do referido membro, forca

EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

SIM

NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER: muscular com atrofia e postura alterada.

CID: S 82.2

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL. (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Sequela de fratura exposta perna esquerda
- 2º com uso de haste metálica e parafusos dificuldade de deambulação, forca muscular atrofiada
- 3º após cirurgia deficit motil. lesão de 90%
- 4º Alta médica definitiva e ginesterófica.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____^A
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Vitoria Sto Antao 28/6/19

Apuleni Lima
Assinatura

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARMIM

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

ARUANA SEGUROADORA
28 JUN 2013

Nome: JURANDI ANTONIO DE LIMA

Nº registro: 763645

Dt. Nasc.: 12/08/51 - 67 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: SEVERINA ANTONIA DE LIMA

Fone:

- TRAZIDO POR SAMU SEM DOCUMENTACAO

Endereço: R SEIS, nº 51, AMPARO. VITORIA DE SANTO ANTÃO - PE

Nº pág.: 1/1

Data/hora: 19/01/2019 - 11:25

Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

Moto - S

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

PACT TRAZIDO PELO SAMU DE VITORIA , PACT VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM DOR+ TRAUMA EM MIE

EXAME FÍSICO:

Pa: 150 X 100 mmHg Temp: °C HGT: 141 mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂:99 %

Observação:

FC:90BPM

Classificação de Risco:

URGÊNCIA - AMARELO

Encaminhado para:

CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

TRAUMATOLOGIA

ARIANA SECURADORA

1 ª JUN 2019

COREN: 502203
Enf. ADRIANA DA SILVA SANTOS LIMA

Nome: JURANDI ANTONIO DE LIMA**Nº registro:** 763645

Dt. Nasc.: 12/08/51 - 67 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: SEVERINA ANTONIA DE LIMA

Fone:

- TRAZIDO POR SAMU SEM DOCUMENTACAO

Endereço: R SEIS, nº 51, AMPARO. VITORIA DE SANTO ANTÃO - PE

Nº pág.: 1/1

Data/hora: 19/01/2019 - 11:25

Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**ANAMNESE:****Moto - S****ALERGIA: NEGA****QUEIXA PRINCIPAL:**

PACT TRAZIDO PELO SAMU DE VITORIA , PACT VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM DOR+ TRAUMA EM MIE

EXAME FÍSICO:Pa: 150 X 100 mmHg Temp: °C HGT: 141 mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O₂: 99 %Observação:
FC:90BPMClassificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
Encaminhado para: CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA
Especialidade: TRAUMATOLOGIA

ARUANA SEGUROADORA

1º JUN 2019

COREN: 502203
Enf. ADRIANA DA SILVA SANTOS LIMA

Nome: JURANDI ANTONIO DE LIMA

Nº registro: 763645

Dt. Nasc.: 12/08/51 - 67 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: SEVERINA ANTONIA DE LIMA

Fone:

- TRAZIDO POR SAMU SEM DOCUMENTACAO

Endereço: R SEIS, nº 51, AMPARO. VITORIA DE SANTO ANTÃO - PE

Nº pág.: 1/1

Data/hora: 19/01/2019 - 11:32

Setor: Leito:

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

Moto - S

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PACT TRAZIDO PELO SAMU DE VITORIA , PACT VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM DOR+ TRAUMA EM MIE

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

EXAME FÍSICO:

Pa: 150 X 100 mmHg Temp: °C HGT: 141 mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O²:99 %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

RX COM LESAO DE FRATURA DO 1/3 MEDIO DA Perna ESQ COM DESVIO DE EIXO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

PACIENTE VITIMADE QUEDA EM ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DO 1/3 MEDIO DA Perna ESQ COM IMPOTENCIA FUNCIONAL' DO MIESQ.

CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

Nome: JURANDI ANTONIO DE LIMA

Nº registro: 763645

Dt. Nasc.: 12/08/51 - 67 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: SEVERINA ANTONIA DE LIMA

Fone:

- TRAZIDO POR SAMU SEM DOCUMENTACAO

Endereço: R SEIS, nº 51, AMPARO. VITORIA DE SANTO ANTÃO - PE

Nº pág.: 1/1

Data/hora: 19/01/2019 - 12:11

Setor: Leito:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: X Temperatura: HGT:
Altura: Peso:

ANAMESE DO MÉDICO

PACIENTA VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL DO MIESQ COM FRATURA EXPOSTA DO 1/3 MEDIO DA Perna ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO COXO PODALICO ALTO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL.

HIPÓSTESE DIAGNÓSTICA

S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA| | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FÍBULA]

CONDUTA

TRATAMENTO CIRÚRGICO

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

FRATURA EXPOSTA DO 1/3 MEDIO DA Perna ESQ

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local:

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha:

CRM: 3506

Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO



PREFEITURA MUNICIPAL DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, consta em nossos registros que Jurandir Antônio de Lima, FILIAÇÃO José Antônio de Lima e Severina Antônia de Lima, Masculino, 68 anos, Identidade Nº 3.366.750, SDS-PE, CPF Nº 353-391-284-15, residente Sítio Furna 1, S/Nº, Zona Rural, Pombos - PE.

Foi socorrido pelo SAMU Vitória de Santo Antão, no dia 19 de Janeiro de 2019 às 10:55hs. Ocorrência 5579097.

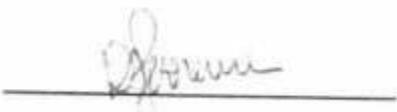
Observação: Transcrição, na íntegra, do item "Causas Clínicas – História Clínica + Hipótese Diagnóstica Conhecida", anotadas na ficha de atendimento.

Paciente vítima de acidente automobilístico (Atropelamento) realizado protocolo de trauma e removido para o HJMO.

EM TEMPO CONFIRMO A VERACIDADE DESTE DOCUMENTO, TODAS AS INFORMAÇÕES CONSTAM EM NOSSOS REGISTROS,

Vitória de Santo Antão – PE

Em 13 de Maio de 2019


Dijaneide Alvares Ferreira

Coordenadora Geral

SAMU Vitória de Santo Antão

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas
Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, **JURANDIR ANTONIO DE LIMA**, NECESSITA DE 15 (QUINZE) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS A PARTIR DA DATA DE HOJE, PARA ACOMPANHAMENTO DE PROBLEMA DE SAÚDE.

CID 10: S82.2

RECIFE 11 DE FEVEREIRO DE 2019

*Dr. Fábio Nogueira Magalhães
Médico
CRMPE 28551*
Assinatura do Médico

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME: **JURANDIR ANTONIO DE LIMA** 02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE:

CLÍNICA: ENFERMARIA: LEITO:
101 04 N° DO REGISTRO:
1109019

DATA DE NASCIMENTO: IDADE: PESO: ALTURA: SEXO:
68 ANOS

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

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA.

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS:

07/02/19 → TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA

DATA DA INTERNAÇÃO: 19/01/19	DATA DA ALTA: 11/02/19	DIAS DE INTERNAÇÃO:
--	----------------------------------	---------------------

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO	CID	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
----------------------------------	-----	-----------------------------

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGÃO	DR. ALEXANDRE	
2	1º AUXILIAR CIRÚRGICO		
3	2º AUXILIAR CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

RESUMO DO CASO
(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, CURSANDO COM TRAUMA EM MIE

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA

ANALGESICOS + ANTIBIOTICOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

FRATURA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA.

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS.

MOTIVO DA ALTA CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS:	ÓBITO IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO <input type="checkbox"/>
---	--

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO

RETORNO AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA EM 07 DIAS

DATA: 11/02/19

*Dr. Fabio Mendes Viana
Médico
CRMPE 26551*



HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

Nome: JURANDIR ANTONIO DE LIMA	Prontuário: 01109019	CNS: 704503390578
Nº Atendimento: 690171	Sexo: MASCULINO	Idade: 68a 6m 15d
		Medico do Solicitante: YURI ALEXANDRE ALVES DE



SOLICITAÇÃO PARA EXAMES DE IMAGEM

EXAME:

RX DE TIBIA ESQUERDA AP E PERFIL

EXAME:

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

POS OP

Recife, 25 DE FEVEREIRO DE 2019

Retorno do Paciente

<input type="checkbox"/> 1 Mês	<input type="checkbox"/> 4 Meses	<input type="checkbox"/> 7 Meses	<input type="checkbox"/> 10 Meses
<input type="checkbox"/> 2 Meses	<input type="checkbox"/> 5 Meses	<input type="checkbox"/> 8 Meses	<input type="checkbox"/> 11 Meses
<input type="checkbox"/> 3 Meses	<input type="checkbox"/> 6 Meses	<input type="checkbox"/> 9 Meses	<input type="checkbox"/> 1 Ano

*Yuri Carvalho
CRM-PB 23620*

YURI ALEXANDRE ALVES DE CARVALHO - CRM: Nº.23620

ANEXAR COPIAS DE PRONTUARIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE	
DATA	ASSINATURA E CARIMBO
<i>11/01/19</i>	<i>Alceu Lacerda</i>
AFIRMADO DE ASSISTÊNCIA OU AVAILÉ A VITIMA NO PERÍODO DE	
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADERAS.	
LOCAL	A
<i>Alceu Lacerda</i>	

SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO	
<i>Músculo intenso e doloroso com lesões muscular</i>	
<i>Lesões de tecido conjuntivo e ósseo</i>	
<i>Máximo desvio de joelho e do cotovelo</i>	
<i>Acúmulo de fluido e edema periorbitário</i>	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão afetado)

COM RELAGO A INVÁLIDEZ PODER-SE CONCLUIR DUE:	
[] INVÁLIDEZ TEMPORAL, PORTANTO POSSIVEL DE RECUPERAGEM SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.	
[] INVÁLIDEZ PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAGEM SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

EXSTE ALGUM DEFETO OU DENOVA PRÉ-EXISTENTE? [] SIM [] NÃO	
CASO POSSÍVEL DESCREVER:	
<i>doença de colon e constipação</i>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	
<i>19/01/19</i>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	
<i>lesão no joelho com contusão e edema</i>	
NOME COMPLETO DA VITIMA:	
<i>José da Silva Lima RG 3366352</i>	
DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	
<i>19/01/19</i>	

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PÓRTO PUNHO)

NAME COMPLETO DA VITIMA:	<i>José da Silva Lima</i>
NUMERO DO SINISTRO:	<i>19/01/19</i>

ATENÇÃO: A finalidade desse relatório é auxiliar a avaliação da invalidade permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVAILÁGÃO DE INVÁLIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)
--

DR.APULEU BRUM REGO VIEIRA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

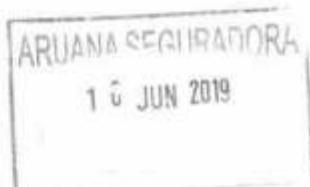
CRM 2007

Jurandi Antônio de Souza

Paciente operado atropelamento de moto com fratura exposta de perna esquerda com GIO, 5822 com dificuldade de movimentos.

Vitória 8º Antônio, 5/6/19

Apuleu
Dr. Apuleu Brum Rego Vieira
Ortopedia
CRM 2007





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **3.366.750** DATA DE EXPEDIÇÃO **13/02/2014**

NOME **<< JURANDIR ANTONIO DE LIMA >>**

FILIAÇÃO **<< JOSÉ ANTONIO DE LIMA >>**
<< SEVERINA ANTONIA DE LIMA >>

NATURALIDADE **VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE** DATA DE NASCIMENTO **12/08/1950**

DOC. ORIGEM **<< CC 1331 L.4B F.21 CART. SEDE**
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE 25/10/1978 >>

CPF **353.391.284-15**

Jurandir Antônio de Lima
Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-59 71.960 - 3023

ARUANA SEGUROADORA
16 JUN 2019

Sistema de Saúde

JURANDIR ANTONIO DE LIMA

Data Nasc.: 12/08/1950 Sexo: M

704 5033 9057 8113



DISCONE SAÚDE 199

Este cartão é de uso pessoal e não é
um documento de identificação oficial.
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

ARUANA SEGURO DIA

16 JUN 2019



ARUANA SEGURADORA

16 JUN 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218005/19

Vítima: JURANDIR ANTONIO DE LIMA

CPF: 353.391.284-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: JURANDIR ANTONIO DE LIMA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de ato declaratório
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

JURANDIR ANTONIO DE LIMA : 353.391.284-15

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

IVonildo Ferreira de Barros
IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

[Signature]

Josyelli Cabral
Josyelli de Oliveira Cabral

ARUANA SEGUROADORA

28 JUN 2013



SEGURADORA LIDER CONSORCIO DE SEGUROS DPVAT.

**ASSUNTO: ESCLARECIMENTO SOBRE PERICIA MEDICA / INDENIZAÇÃO
NEGADO SEM SEQUELA.**

SINISTRO Nº: 3190/372093. Prezados Senhores.

Eu, JURANDIR ANTONIO DE LIMA inscrito no cpf 35339128415 vitima de acidente de transito por atropelamento no dia 19/01/2019 mim encontrado com sequelas, conforme documentaçao medicas e laudos apresentados informando tratamento cirúrgico de fratura exposta da tibia com colocação de uma haste mais parafusos e o processo foi negado por ausência de sequela..

SOLICITAMOS que a vitima seja submetida a mais uma PERICIA junto aos médicos desta seguradora para uma melhor avaliação. Ressaltamos que junto a esta carta envio em anexo um laudo atualizado, descrevendo as lesões sofridas no acidente.

Desta forma, mim encontrando em alta médica, solicito que seja agendada mais uma perícia médica para comprovação da minha lesões e assim, seja desnecessário futuras ações judiciais. Declaro ser a verdade os fatos alegados e me submeto às sanções penais cabíveis.

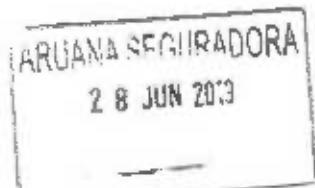
Certo que serei atendido agradeço à atenção dispensada.

Contatos pelo fone: (81) 9.88776145, pelos citados no rodapé desta carta ou E-mail: jrassessoriadpvat@gmail.com

Vitoria de Santo Antão, 26 de junho de 2019.

Atenciosamente.

Ivonildo Ferreira de Barros Junior
Ivonildo ferreira de barros junior(procurador)



Praça Padre Felix Barreto, nº 13, Livramento,
CEP: 55602-360, Vitoria de Santo Antão-PE.
Fones: (81) 3523.1211 / 9.8877.6145 / 9.9901.6431

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190401792 **Cidade:** Vitória de Santo Antão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JURANDIR ANTONIO DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TERÇO MÉDIO DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 8

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EVIDENCIAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA 18/06/2019, ONDE FOI EXAMINADA E AVALIADA SEM SEQUELA, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190401792 **Cidade:** Vitória de Santo Antão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JURANDIR ANTONIO DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TERÇO MÉDIO DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 8

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EVIDENCIAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA 18/06/2019, ONDE FOI EXAMINADA E AVALIADA SEM SEQUELA, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401792

Vítima: JURANDIR ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JURANDIR ANTONIO DE LIMA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401792

Vítima: JURANDIR ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JURANDIR ANTONIO DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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:	
	353 381 284 15	JURANDIR ANTONIO DE LIMA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: JURANDIR ANTONIO DE LIMA		CPF: 353 381 284 15	
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: Sítio FUNAS	Número: 13	Complemento:
Bairro: BOTO	Cidade: POMBOS	Estado: PE	CEP: 55630,000
E-mail:		Tel.(DDD): (81) 988776145	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA						
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: 3536		CONTA: 00019318 0	AGÊNCIA: _____		CONTA: _____	_____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

ESTADO CIVIL DA VÍTIMA:		<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:				
GRAU DE PARENTESCO COM A VÍTIMA:		VÍTIMA DEIXOU COMPANHEIRO(A):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
VÍTIMA TEVE FILHOS?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	SE TINHA FILHOS, INFORMAR QUANTOS: Vivos: _____ Falecidos: _____		VÍTIMA DEIXOU NASCITURO (VAI NASCER)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	VÍTIMA DEIXOU PAIS/AVÓS VIVOS?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
ESTOU CLINTE 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 clinte, 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.											

Impressão
Digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Recife, 30 de Junho de 2019.

Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 ROGO, 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

05/06/2019 HORA: 08:12:41
DATA EFETIVACAO 05/06
CONVENIO 000613983
OPERADOR talran

AGENCIA: 3536
CONTA: 013.00019318-0
NOME: JURANDIR ANTONIO DE LIMA
VALOR: 20,00
COD OPERACAO: 321639872

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 M
OS

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br





ARUANA SEGURADORA
16 JUN 2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ª CIRC
DINTER1/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154000501

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/05/2019** às **18:57**

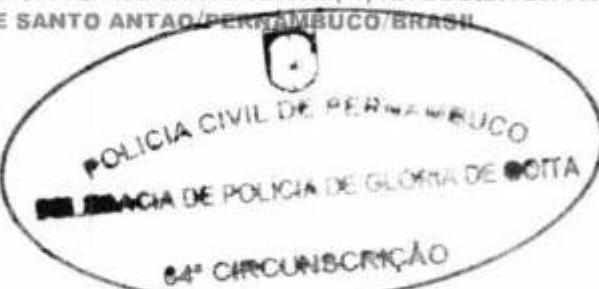
ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/1/2019** no período da **Manhã**

Natureza Jurídica: **ATROPELAMENTO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTÃO, 1, NA SUBIDA DA FACULDADE FEDERAL** - Bairro: **CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JURANDIR ANTÔNIO DE LIMA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JURANDIR ANTÔNIO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA ANTÔNIA DE LIMA** Pai: **JOSÉ ANTÔNIO DE LIMA** Data de Nascimento: **12/8/1950** Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTÃO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3366750/SDS/PE (RG)**, **35339128415 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE POMBOS, 1, SÍTIO FURNAS, ZONA RURAL DE POMBOS-PE.** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - POMBOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE AO ATRAVESSAR A AV. HENRIQUE DE HOLANDA UM MOTOQUEIRO EM UMA MOTO AVANÇOU O SINAL VERMELHO E A ATROPELOU CAUSANDO FRATURA EXPOSTA NA Perna ESQUERDA E DEPOIS EVADINDO-SE DO LOCAL, A VÍTIMA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO EM VITÓRIA-PE, E DEPOIS TRANSFERIDA AO HOSPITAL GERTÚLIO VARGAS EM RECIFE-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO. DIANTE DO EXPOSTO FICA CIENTE ESTA DP.

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

X
JURANDIR ANTONIO DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: BEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3



ARUANA SECUNDINORA,
16 JUN 2019

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:	
	353 381 284 15	JURANDIR ANTONIO DE LIMA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: JURANDIR ANTONIO DE LIMA		CPF: 353 381 284 15	
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: Sítio FUNAS	Número: 13	Complemento:
Bairro: BOTO	Cidade: POMBOS	Estado: PE	CEP: 55630,000
E-mail:		Tel.(DDD): (81) 988776145	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA						
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: 3536		CONTA: 00019318 0	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 Lider 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.

Impressão
Digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Recife, 30 de Junho de 2019.

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RG, 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.



PREFEITURA MUNICIPAL DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, consta em nossos registros que Jurandir Antônio de Lima, FILIAÇÃO José Antônio de Lima e Severina Antônia de Lima, Masculino, 68 anos, Identidade Nº 3.366.750, SDS-PE, CPF Nº 353-391-284-15, residente Sítio Furna 1,5/Nº, Zona Rural, Pombos - PE.

Foi socorrido pelo SAMU Vitória de Santo Antão, no dia 19 de Janeiro de 2019 às 10:55hs. Ocorrência 5579097.

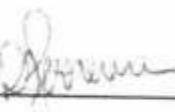
Observação: Transcrição, na íntegra, do item "Causas Clínicas – História Clínica + Hipótese Diagnóstica Conhecida", anotadas na ficha de atendimento.

Paciente vítima de acidente automobilístico (Atropelamento) realizado protocolo de trauma e removido para o HJMO.

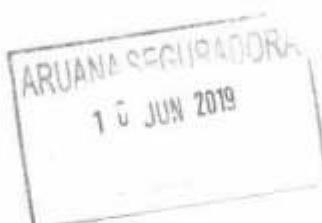
EM TEMPO CONFIRMO A VERACIDADE DESTE DOCUMENTO, TODAS AS INFORMAÇÕES CONSTAM EM NOSSOS REGISTROS,

Vitória de Santo Antão – PE

Em 13 de Maio de 2019



Dijaneide Alvares Ferreira



Coordenadora Geral

SAMU Vitória de Santo Antão



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02
 NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética do Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Bos Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50150-002
 CNPJ 10.835.833/0001-08 | Inscrição Estadual 0008943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOCAVALDO DA SILVA LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI FURNAS 13

CPF: 702 382 464-26

CLASSIFICAÇÃO

B3 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
058304648	UNICA	15/04/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/04/2018	2018073281	8545834

BOTO/POMBOS RURAL

POMBOS PE

55030-000

CÓDIGO CONTRATO	MÊS/ANO
7027701919	04/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO PARA PAGAR

23/04/2019

15/05/2019

89,46

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Averado (Wh)	180.0000000	0,64136537	88,81
iCMS Subvenção-CDE-NF 050575884-14/02/19			0,56
Multa por atraso-NF 054415836 - 18/03/19			2,00
Juros por atraso-NF 054415836 - 18/03/19			0,13
Atualização ICPM-NF 054415836 - 18/03/19			0,17

TOTAL DA FATURA

89,46

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MÉDIA DIÁRIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
317187744	CAT	18-03-2018	1 819,00	1 779,00	28	-1,00000	180,00

RESUMO HISTÓRICO DE LEITURAS

Mês/Ano (kWh)	(CMEI)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ABR 18 180		98,81	25,00	21,95
MAR 18 180	(CMEI)	98,81	1,25	1,18
FEV 18 132	(PIS)	98,81	8,21	6,37
JAN 18 126	(COFINS)	98,81		
DEZ 18 187				
NOV 18 221				
OUT 18 228				
SET 18 238				
AGO 18 105				
JUL 18 41				
JUN 18 47				
MAR 18 31				
ABR 18 81				

RESUMO HISTÓRICO DE LEITURAS

Mês/Ano (kWh)	(CMEI)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ABR 18 180		98,81	25,00	21,95
MAR 18 180	(CMEI)	98,81	1,25	1,18
FEV 18 132	(PIS)	98,81	8,21	6,37
JAN 18 126	(COFINS)	98,81		
DEZ 18 187				
NOV 18 221				
OUT 18 228				
SET 18 238				
AGO 18 105				
JUL 18 41				
JUN 18 47				
MAR 18 31				
ABR 18 81				

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Geração de Energia	R\$ 26,12	30,19%
Transmissão	R\$ 3,97	4,47%
Distribuição (Celpe)	R\$ 16,08	18,99%
Perda de Energia	R\$ 5,89	6,57%
Energias Básicas	R\$ 4,98	5,58%
Tributos	R\$ 28,10	32,03%
Total	R\$ 84,80	100%

ACORDO DE PAGAMENTO (ADP)

R\$ 36620000

Pague no ponto mais perto de você em qualquer agência - da concessionária Celpe, praça, praça-ponto, SP, comércio, loja completa ou varejo, ouça com os "faz da debêda e bêdeira" em vigor à época. Não é necessário que o vendedor seja autorizado a cobrar iCMS sobre subvenção-CDE, conforme Decreto Estadual 39.000. O consumo subvençional é sujeito a desconto de 25% (vinte e cinco por cento) para a taxa de faturamento (ADP).

1% (um por cento) da ADP é aplicável ao menor valor no preço, mais Desconto Incondicional. Aplicação da Tarifa B3 RURAL, a R\$ 37,11. ☺

Cliente é responsável pelo quinquilhão de consumo quando do arrendamento de fato para os padrões de abastecimento comercial.

Ao contrário, deve pagar de volta todo o saldo da ADP, se:

- não tiver produzido;
- serviços produzidos e tributados só através de um fornecedor terceiro, para consumo em domicílio, para consumo em estabelecimento, para consumo em comodato ou locação de imóveis; ou
- www.mec-e-pe.com.br

DATA	VITORIA DE SANTO ANTONIO	VALOR APRENDIZ	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
01/04/2018	0,88	11,16	22,32	44,64	44,64
01/05/2018	1,00	7,00	15,10	30,30	30,30

TIPO DE TABELA	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
MÍNIMO	220
MÁXIMO	231

ARUANA & SECUNDARIA

16 JUN 2019