

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

CAC-01




Ivonildo Ferreira de Barros Junior

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL **4.493.761** DATA DE
Emissão **23/08/2011**

NOME
 << IVONILDO FERREIRA DE BARROS JÚNIOR >>
 PRACON
 << IVONILDO FERREIRA DE BARROS >>
 << MYRTE MARIA WANDERLEY DE BARROS >>

NATURALIDADE
 RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO
20/03/1975

DESCRIÇÃO << CN-74847 L.A-B1 F.166 V.CART.SEDE-
 VITÓRIA DE STº ANTÃO-PE. 19.12.1985 >>

794.699.224-68

ASSINATURA DO DETENIDO

151 Nº 7118 DE 29/03/83

F-45.29.950 - 4433

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 014485237660
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA Cód. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 591098128 ***** 2019

NOME
JOSEILDA SEVERINA DOS SANTOS GONC

GRAVATA-PE

CPF / CNPJ PLACA
045.619.844-02 PG32519

PLACA ANT. UF CHASSI
*****/PE 9C2KC168CER440659

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA ALCO / GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / CG150 FAN ESDI 2013 2019

CAP. POT. CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/149CL PARTIC PRETA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
I	IPVA 2019 QUITADO	1º	*****
P	FAIXA IPVA	2º	*****
V	PARCELAMENTO / COTAS	3º	*****
A	1		

PRÊMIO TAXIFÔNIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.50 04/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

GRAVATA *Roberto Fontella* DATA
26/04/19

Roberto Carlos Moreira Fontella
DIRETOR PREZ

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567690 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA **Data do acidente:** 11/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS; EXPLORAÇÃO ARTICULAR E OSTEOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 13 - CIRURGIA
@PG 16 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344844/19

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

CPF: 125.240.668-19

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/06/2019

Titular do CPF: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA : 125.240.668-19

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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 JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 11/6/19 CPF DA VÍTIMA 125 240 668 19
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 A VÍTIMA E JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETO
 Nº 13 COMPLEMENTO _____ BAIRRO LIVRAMENTO
 CIDADE VITORIA UF PE CEP 55602-360
 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 RECEITUÁRIO 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\$ 13.500,00
 - 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 6.194/74.
 - 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____

 IDENTIDADE 4493761

 ASSINATURA Ivonildo Ferreira

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

de Bonito

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567690 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA **Data do acidente:** 11/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Fratura do calcâneo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta edema em pé direito, limitação dos movimentos da inversão (10 graus) e eversão (5 graus) do pé direito, presença de cicatriz cirúrgica, claudicação da marcha (+-----).

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 15 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567690 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA **Data do acidente:** 11/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS; EXPLORAÇÃO ARTICULAR E OSTEOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 13 - CIRURGIA
@PG 16 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jarbas Williams de Lira Silva
 Nacionalidade: Brasileira Estado civil: divorciado
 Profissão: Vendedor
 Identidade: 5761600 CPF: 125.240.668-19
 Endereço: R. Padre Elviro 69 GRAVATA

DATA DO ACIDENTE: 11/06/19. COBERTURA: INVALIDEZ

OUTORGADO:

Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: SOLTEIRO
 Profissão:
 Identidade: 4.493.761 SSP/PE CPF: 794.699.224-68
 Endereço: Praça Padre Felix Barreto, nº 13 - Livramento - CEP:55602-360 - VITÓRIA

DE SANTO ANTÃO /PE .

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

NOME DA VÍTIMA: Jarbas Williams de Lira Silva

GRAVATA /PE 13 DE SETEMBRO DE 2019

LOCAL E DATA:



Jarbas Williams de Lira Silva
 ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE GRAVATA/PE
 Cédula: Maria Joana Machado - Tebello
 Priscila Duarte do Nascimento Silva - São José do Bonfim - São Paulo
 R. Joaquim Nabuco, n. 15 - Centro - Gravata/PE - CEP: 55602-360 - Fone/Fax: (51) 3535-0225 - cartorio@notaspe.com.br

Reconheço a firma por autenticidade de: 13/09/2019 14:39:17
 JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA. Ou fe

Em testemunho da da verdade.

Priscila Duarte do Nascimento Silva
 Tabela Substituta

Selo: 0073643.BDX09201901.03731
 Custas R\$ 3,89 TSNR R\$ 0,92 Total R\$ 4,81
 Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital
 Usuário: E21R

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344844/19

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

CPF: 125.240.668-19

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/06/2019

Titular do CPF: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA : 125.240.668-19

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190567690**

Nome do(a) Examinado(a): **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Padre Cícero, 69 - Gravatá - PE - CEP 55642-620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **5761600**

Data e local do acidente: [**11/06/2019**] **Ipojuca, PE**

Data e local do exame: [**10/10/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do calcâneo direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta edema em pé direito, limitação dos movimentos da inversão (10 graus) e eversão (5 graus) do pé direito, presença de cicatriz cirúrgica, claudicação da marcha (+++++).

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 15 dias.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do pé direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Pé direito

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567690

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JARBAS WILLIAMS DE LIRA 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, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567690

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567690

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JARBAS WILLIAMS DE LIRA 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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000000233-X

Conta: 000008563-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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):

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\$1.000,00 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) ☐ Nubank (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: 0233 K CONTA: 8563 4

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 (assinale 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 5.194/74, 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 resíduo (val 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

40 - Local e Data.

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

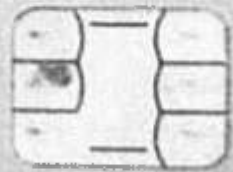
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

elo

JARBAS M L SILVA
03/24
VALIDO ATÉ
8/563-4
0233-X

5061 1550 8137 0072



PARA SUA SEGURANÇA
-ESTE CARTÃO ESTÁ BLOQUEADO.
CASO O DESBLOQUEIO NÃO SEJA
EFETUADO EM ATÉ 90 DIAS, ESTE PLÁSTICO
SERÁ AUTOMATICAMENTE DESATIVADO.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

125 240 668 19

JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA 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):

JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

125 240 668 19

VENDE-DO

RUA PE CICEIRO

63

CASA

CELTÃO

GRAVATA

PE

55642-620

(81) 98877 6195

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)

☐ Nati (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil (001)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0233

K

CONTA:

8563

4

(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 (assinale 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 5.194/74, 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

resoluto (tal 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00233-X

CONTA: 000000008563-4

Nr. da Autenticação A62E0DDBAFE663F1

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 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
Ouvitoria 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: 794.689.224-68

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

08/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

076259315

CONTA CONTRATO

007006571365

Nº DO CLIENTE

2001258677

Nº DA INSTALAÇÃO

0005363400

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	0,77952320	127,06
Acrescimo Bandeira VERMELHA			8,25
Contrib. Ilum. Pública Municipal			27,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 064718524-08/06/18			1,11
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			0,39
Atualização IGPM-NF 072530959 - 07/08/19			0,15
TOTAL DA FATURA			168,92

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
136,31	25,00	34,07	136,31	0,87	1,10	136,31	3,72	5,07

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	163,00		kWh
		SET 19	163
		AGO 19	163
		JUL 19	160
		JUN 19	164
		MAI 19	170
		ABR 19	171
		MAR 19	160
		FEV 19	168
		JAN 19	120
		DEZ 18	154
		NOV 18	138
		OUT 18	138
		SET 18	128

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Geração de Energia	47,03 34,59
Transmissão	4,73 3,46
Distribuição (Celpe)	28,60 20,95
Encargos Setoriais	6,72 4,99
Tributos	46,24 29,52
Perdas de Energia	9,01 6,51
TOTAL	136,31 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000381092258	CAT	07/08/2019	10.427,00	08/09/2019	10.590,00	39	1,00000	0,00	163,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONTADOR	VALOR APURADO	METAS	METAS	METAS
			DIÁRIA	SEMANAL	ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	VITÓRIA DE SANTO ANTAO	0,00	5,78	11,56	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	5,37	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DCCR: 12,22
EUSD-Valor de Energia de Uso = R\$ 48,85					
Nota: Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de Você! ag correios wagner: avenida mariana amala matriz / cnegal comercial
farmaceutica: rua primitivo de miranda 197 centro. Lista 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 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m(Lai 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	FALÃO DE PAGAMENTO
007006571365	09/2019	0,00	13/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 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
Ouvitoria 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: 794.689.224-68

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

08/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

076259315

CONTA CONTRATO

007006571365

Nº DO CLIENTE

2001258677

Nº DA INSTALAÇÃO

0005363400

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	0,77952320	127,06
Acrescimo Bandeira VERMELHA			8,25
Contrib. Ilum. Pública Municipal			27,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 064718524-08/06/18			1,11
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			0,39
Atualização IGPM-NF 072530959 - 07/08/19			0,15
TOTAL DA FATURA			168,92

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
136,31	25,00	34,07	136,31	0,87	1,10	136,31	3,72	5,07

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	163,00		kWh
		SET 19	163
		AGO 19	163
		JUL 19	160
		JUN 19	164
		MAI 19	170
		ABR 19	171
		MAR 19	160
		FEV 19	168
		JAN 19	120
		DEZ 18	154
		NOV 18	138
		OUT 18	138
		SET 18	128

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Geração de Energia	47,03 34,58
Transmissão	4,73 3,46
Distribuição (Celpe)	28,60 20,95
Encargos Setoriais	6,72 4,92
Tributos	46,24 29,52
Perdas de Energia	9,01 6,51
TOTAL	136,31 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	ANTERIOR	ATUAL	Nº DEAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000381092258	CAT	07/08/2019 10.427,00	08/09/2019 10.590,00	39	1,00000	0,00	163,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONTADOR	VALOR APURADO	METAS	METAS	METAS
			DIÁRIA	SEMANAL	ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	VITÓRIA DE SANTO	0,00	5,78	11,56	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia	ANTAO	0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	5,37	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DCCR: 12,22
EUSD-Valor da Energia de Uso R\$ 48,85					
Nota: Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de Você! ag correios wagner: avenida mariana amala matriz / cnegal comercial
farmaceutica: rua primitivo de miranda 197 centro. Lista 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 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(Lai 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	FALÃO DE PAGAMENTO
007006571365	09/2019	0,00	13/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 B. JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.699.224 / 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVA, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 125.240.668 / 19, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 125.240.668 / 19, 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 PC PE FELIX BARRETO		Número 13	Complemento
Bairro LIVRAMENTO	Cidade VITÓRIA DE SANTO ANTAO	Estado PE	CEP 55602-360
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) 81 98877-6145

VITÓRIA de _____ de _____
Local e Data

Ivonildo Ferreira de B. Junior
Assinatura do Declarante

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

Eu, Joseilda Severina dos Santos
RG nº 6770159, data de expedição 15/11/2000
Órgão SDS, portador do CPF nº 045.619.844-02,
com domicílio na cidade de Gravata, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Dom Ricardo de Castro Vilela, nº 90
complemento cana, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Julio Wilian de Jesus Silva, cujo o condutor era
Julio Wilian de Jesus Silva
Veículo: motocicleta Modelo: fan ESDI Ano: 2013/2014
Placa: P65 2519 Chassi: 9C2KE1680ER240653
Data do Acidente: 11/06/19

Local e Data: Gravata, 13 de setembro de 2019

Joseilda Severina dos Santos
Assinatura do Declarante

Julio Wilian de Jesus Silva
Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE GRAVATÁ/PE
DE P.D. - Nivaldo Duarte Machado - Tabelião
Rua: Joaquim Nabuco, n. 25 - Centro - Gravata/PE - CEP: 55447-200 - Fone: (071) 3533-4325 - e-mail: oftp@gravata.pe.br

Reconheço a firma para autenticidade de: 13/09/2019 08:22:40
JOSEILDA SEVERINA DOS SANTOS Dou fe

Em testemunho f da verdade

Sirely Augusto Silva Chaves
Tabela Substituta

Selo: 0073843, JRG08201901.01203
Custas R\$ 3,89 TSNR R\$ 0,02 Total R\$ 4,91
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/seledigital
Código: E21R

ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:

Perda da Consciência: ☐ Sim ☐ Não Episódio Emélico: ☐ Sim ☐ Não Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não
 Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____
 Colisão: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____ Motorista: ☐ Passageiro: ☐
 Aproximadamente: ☐ Sim ☐ Não Local do Impacto: _____
 Vítima de Fardo: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____ Solteir Queda: ☐ Não ☐ Sim Altura: _____ m
 Queimadura: ☐ Sim ☐ Não Por: _____ Transporte realizado por: _____
 Condições de Imobilização Adequada: ☐ Sim ☐ Não Por Que: _____

EXAMES FÍSICOS:

Tórax / 1 S.A. e m. Glor
 h. P.M.N. 40

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

MLH TLB

DIAGNÓSTICO:

EXAMES ESPECIALIZADOS: ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ☐ ANGIOGRAFIA
☐ ENDOSCOPIA ☐ RX ☐ ULTRASSONOGRAFIA ☐ LCR

PRESCRIÇÃO MÉDICA: DATA: _____ HORA: _____

D. TELA ROTA OUT OK
 D. LUNTA ROTA OUT OK

Setor de Apoio Diagnóstico
 Radiologia e Traumatologia
 FONECE 24609

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: ☐ SIM ☐ NÃO CLASSIFICAÇÃO RESERVA: ☐

DEFINIÇÃO DO CASO

INTERNAÇÃO ☐ CIRURGIA ☐ CÉLULA ☐ TERMO DE ALTA PEDIDO ☐ EVADIL-SE ☐ CONDIÇÃO DE ALTA

TRANSFERIDO PARA: _____ CURADO ☐ MELHORADO ☐

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: MDA 5103 + R6 ☐ INALTERADO ☐ PIORADO ☐

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO NOME: _____ ASSISTENTE SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO:

PROVIDÊNCIAS: ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ EXAME EXTERNO ☐ ASSISTENTE SOCIAL

OBSERVAÇÕES:

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAÇÃO/TRANSFERÊNCIA:

ENFERMEIRA: _____ COREN: _____ MÉDICO: _____ GRM: _____ DATA: _____ HORA: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAÇÃO:

Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo: _____
 Nº de Identidade: _____ Assinatura: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desta instituição, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possa advir.

Data: _____ Nome completo: _____
 Nº de Identidade: _____ Assinatura: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Carlos Williams de Lima Registro: 113359

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Serviço Social
11/06/19	Realizado atendimento social com esposa do paciente. Prestado esclarecimentos acerca do fluxo no serviço de saúde, direitos dos usuários do SUS.
	Maria Cecília do Nascimento Assistente Social CRESS nº 7692 - 4ª Região/PE
12/06/19	#T204 Paciente BE (ex-paciente) com diagnóstico de doença programada cirúrgica.
	Dr. Fernando Barros Filho Cardiologia / Ecocardiografia CRM-PE 14855
12/06/19	#cardio # sem queixas boa tolerância aos esforços
	Antecedentes: HAS, DM, AEC, AVC, TBC, Asma, DPOC
	Ech - supine, apêndix, evidenciado corado e sem alterações AM = 11x11x11 mm RV = 16x16 mm (aprox) FC = 75 bpm e PA = 130x80 mmHg
	ECG - MS com SRAIS = +60° (normal)
	conclusão: Apto para cirurgia Classe I

Dr. Fernando Barros Filho
Cardiologia / Ecocardiografia
CRM-PE 14855



**HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA**



GESTÃO
IMIP.
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
	# Serviço Social
12/06/19	<p>Ruizodo ouentões Ache</p> <p>Jeuxo hosp-talar</p> <p>Amelia do pacote</p>
	<p style="text-align: right;">Thalita Woodin C. Santos Assistente Social CPF nº 71.20.42.89.00-9</p>
13/06/19	<p># TIL 0#</p> <p>Paciente segue estável</p> <p>sem queixas</p> <p>Aguarda programação urinária</p>
8h	<p style="text-align: right;">Vivian S. Couto Assistente Social CPF nº 71.20.42.89.00-9</p>

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Donatella Williams Registro: 117354 Nº Atendimento: SC546

Idade: 50 Sexo: — Estado Civil: — Cor: — Acompanhante: () Sim - () Não

Clinica: — Enfermaria: — Leito: — Ocupação: —

Queixa Principal e Duração: Doz. na per. 10

História da Doença Atual: —

ACIARRE AUTOMEBILAR
HISTÓRIA

Interrogatório Sintomatológico: Doz. 10 mobilizada na per. 10

Exame Físico:

lúcido, orientado, Glasgow 15
neurosculm praxia
michlinm +

Antecedentes Pessoais:

UGS

Medicações em Uso

Ø

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Frot. calcâneo D

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

uit - HSD

Cabo de Santo Agostinho, ____/____/____

Dr. Igor Abitral
Médico CRM 21777

17 JUN 2018

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILME
11/6-115	coluna cervical TOMAX	3

Ata da

Mt. do audit. autoanálise.

Map. Mapa de área.

2. No caso de análise, a seguir.

3. MTB - Aut, 01/11/11

0. RFR - 29, 3NF 100

1. Clonagem 15.

2. No.

Rt de teste: presença de presenças

em área plana.

Ed. A. A. A. A.

Zenonut Alunos

2 em 18711.

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/06/2019 14:22



Nome Paciente: JARBAS WILLAMS DE LIRA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/09/1968
Sexo: Masculino
Idade: 50
Senha: 0036
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/06/2019 14:40 - 11/06/2019 14:49

ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGÊNCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO. APRESENTANDO FRATURA EM MID E REFERE DOR EM FLANCO ESQUERDO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 8
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- PAD: 80.00 MMHG
- PAS: 130.00 MMHG

Acolhido(a) por: ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/06/2019 14:49

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Identificação do Paciente: 505428

Usuário do Atendimento: LAZARONI

Data e Hora do Atendimento: 11/06/2019 18:10

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JARBAS WILLAMS DE LIRA SILVA

Prontuário: 117394

Nome da Mãe: SEVERINA DE LIRA SILVA

Nome do Pai: NAO DECALRADO

Data do Nascimento: 08/09/1968

Idade: 50 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF: 12524066819

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 898005914485675

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA PADRE CICERO

69 NOSSA SENHORA DAS GRACAS

Cidade: GRAVATA

PE

CEP: 55642620

Fone: 998689375

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 10

HCH - Hospital Dom Helder Câmara
Evângela C. Dias de Souza

19 JUN 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 11/06/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

Jarbas Willams de Lira Silva

SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Prontuário do Paciente

14.06.19

Hora:

18:10

Dr. Leonardo Canêjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 15743 - TEOT 1112

HCH - Hospital Dom Helder Câmara
Evângela C. Dias de Souza
Assinatura
SANEAMENTO

CCIH
Hospital Dom Helder Câmara
12/06/19




DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA**, prontuário nº **1176141**, admitido neste hospital em 14/06/2019 com diagnóstico de Fratura de calcâneo direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 19/06/2019.

Recife, 05 de Agosto de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

	SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CRES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CRES	
HSA				
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA			848474	
7 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO			10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			14 - CID - ICD 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			16 - CID - ICD 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
Trat. Cir. de Fratura de Calcâneo Direito + Osteotomia Exploração Articular.			0408050535 / 0408060190 0408060123	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			34 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
35 - DIÁRIA DE UTI TIPO I			36 - DIÁRIA DE UTI TIPO II	
Parafusos Corticais Nº 30/01 ; 40/01			0 7 0 2 0 3 0 6 9 4 02	
37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			38 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
Fio de K			3	
39 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			40 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Calcâneo Direito. Evoluindo com dor e edema local.				
Necessitando de procedimento cirúrgico. Operado. Alta Hospitalar após melhora.				
DR. HENRIQUE BARBOSA				
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
44 - DOCUMENTO			45 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			47 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
AUTORIZAÇÃO				
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			49 - DATA DE AUTORIZAÇÃO	
50 - DOCUMENTO			51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			53 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

SUS - PE / SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA HOSPITAL SANTO AMARO

Nome do Paciente: Jarbas Williams de Lira Silva			
Nome da Mãe:			
Clínica:	Ortopédica	Enfermaria:	São Luiz
Prontuário:	646474	Nº AIH	Leito: A2
Diagnóstico inicial (Constante no Laudo Médico) Fratura de Calcâneo Direito			CID:
Procedimento solicitado:			Código: 0408060190
Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Direito + Exploração Articular + Osteotomia			0408050535 / 0408060123
Tempo de Permanência Previsto:			
Procedimento Realizado: O Mesmo			Código:
Cód.	Equipe	Nome	Matricula Nº
1	Cirurgião	Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.Aux Cirúrgico		
3	2.Aux Cirúrgico		
4	3.Aux Cirúrgico		
5	Anestesista	Dr. Breno Fonseca	13034
6	Clínica Médica		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

<input type="checkbox"/> Mudança de Procedimento	<input checked="" type="checkbox"/> Uso de Prótese, Órtese
<input type="checkbox"/> Diária UTI	<input type="checkbox"/> Uso de Pat. De Coagulação
<input type="checkbox"/> Diária de acompanhante	<input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores
<input type="checkbox"/> Vacina Anti RH	<input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral
<input type="checkbox"/> Longa Permanência	

RESUMO DE CASO

Paciente vítima de acidente motociclístico, resultando em Fratura de Calcâneo Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Diagnóstico Principal:	Fratura de Calcâneo Direito	CID
Diagnóstico Secundário:		CID

Ativo da Alta:

<input type="checkbox"/> Curado	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> Outros
---------------------------------	---	--	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Data Internamento:	14/06/19	Data Alta:	19/06/19	Dias de Hospitalização:	05 DIAS
--------------------	----------	------------	----------	-------------------------	---------

Dr. Henrique Costa Barbosa
19/06/2019



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

Registro: 646474 Prontuário: 1176141 Data de Nascimento: 08/09/68 Idade: 50 ANO(S)
Nome do Paciente: **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: SEVERINA DE LIRA SILVA
CPF: 12524066819

Data: 17/06/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 17/06/2019-13:19

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de Calcâneo Direito
Diagnóstico pós-operatório: Fratura de Calcâneo Direito
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Direito + Osteotomia + Exploração Articular
Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão lateral do pé;
4. Abordagem por planos;
5. Dissecção por planos e hemostasia. Visualização do foco da fratura, realizado exploração articular a partir de osteotomia (abertura de janela óssea), realizado redução do foco da fratura com aposição de 01 placa bloqueada p/ calcâneo + parafusos de bloqueio + parafusos corticais + fios de k. Verificado boa aposição dos implantes;
6. Limpeza com SF 0,9%;
7. Sutura por planos;
8. Curativo;
9. Tala gessada tipo bota;
10. RX de controle;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 22/06/2019 06:23:27.



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

Registro: 646474 Prontuário: 1176141 Data de Nascimento: 08/09/68 Idade: 50 ANO(S)
Nome do Paciente: **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: SEVERINA DE LIRA SILVA
CPF: 12524066819

Data: 17/06/2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 22/06/2019 06:23:27.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife

HOSPITAL SANTO AMARO
Convênio SUS

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:

João W. de Jesus

010-53209

AV, +25 dias

de OP. ESTA

de readmissão

tempo de ALTA
90 (noventa) dias

08/7/18

Irmandade Santa Casa de Misericórdia do Recife
CNPJ 15.851.123/0001-00
R. da Boa Vista, 100 - Recife, PE 51020-000

Cod.: 1226

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

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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jarbas Williams de Lima Silva

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

11/06/2019

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

11/06/2019

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jarbas Williams de Lima Silva

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente vítima de acidente de trânsito com queda de moto com fratura calcâneo direito com dificuldade

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

na deambulação com movimentos pé direito bem preservados. Presença de material de osteossintese

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

☐ SIM

☒ NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

Sio Kirschner e placas. Marcha com dor lesões 80%.

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

- 1ª Separação fratura calcâneo direito com
- 2ª material ortopédico intracaneal.
- 3ª Alta médica ortopédica e fisioterápica
- 4ª
- 5ª

A FIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Vitoria Sto Antão

19/09/19


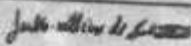
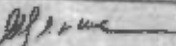
LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

CRM 1007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES DIRETORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
JABBAR WILLIAMS DE LIRA SILVA	
	DDC (IDENTIFIC. ORG. EMISSOR) / UF 3761600 RSP PE
	CPF 125.240.568-19
	DATA NASCIMENTO 05/09/1968
	PLACADO JOAO FERREIRA DA SILVA SEVERINA DE LIRA SILVA
PERMISSÃO: <input type="checkbox"/> ACC: <input type="checkbox"/> OUT. HAB: <input type="checkbox"/>	
N.º REGISTRO 01593791396	VALIDADE 20/10/2020
DATA EXPIRAÇÃO 27/12/2020	
OBSERVAÇÕES sem observações	
	
LOCAL VITORIA DE SANTO ANTAO - PE	DATA EMISSÃO 21/10/2015
	
ASSINATURA DO TITULAR 11434155691 00069292245	
DETALHES DE PERMANÊNCIA	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1107535440

PROIBIDO PLASTIFICAR
1107535440