

Secretaria

De: UPA IMBIRIBEIRA <contato.upaimb@ipassaude.org>
Enviado em: quinta-feira, 22 de agosto de 2019 12:02
Para: secretaria.upaimb@ipassaude.org; coordtecnica.upaimb@ipassaude.org
Assunto: SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO

Sinalizador de acompanhamento:

Status do sinalizador: Acompanhar
Sinalizada

De: Jose Roberto Silva Albuquerque dpvat
Motivo da Solicitação: Dpvat
Data do atendimento: 06/06/2019
RG: 5336684-ssp-pc
Telefone: 081-988963391
Data de nascimento: 24/11/1979
Nome da Mãe: Creuza da Silva Albuquerque
Protocolo: teste

--
Este email foi enviado via formulário de SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO em UPA IMBIRIBEIRA

Queixa Principal / História

PACIENTE TRAZIDO PELO COBOM VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, REFERINDO DOR NO TORNOZELO DIREITO

Antecedentes

DM: ☒ SIM ☒ NÃO

HAS: ☒ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☒ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☒ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Aclanótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADA

AP. Locomotor: ☒ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			17					

[Assinatura]
Dr. Marcelino Silva
Médico de Família e Comunidade
Unidade de Pronto Atendimento

FUNÇÃO: MEDICO(A)



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1					06/08 18:38

~~EX-100~~

[Handwritten signature]

Prescrição.: 1742187 Data: 06/06/2019 18:51

Usuário.: ANTONIOMSCF

Atendimento: 1238982 Dt Nasc: 24/11/1979 (39a 9m 27d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 560730 - JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 06/06/2019 18:22 0 Dias(s) int

Médico.: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA Cielo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM - null - 9225

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
3 TALA GESSADA TIPO COXOPODALICO G	1					[06/06] 18:51
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	10	UN				
-> ATADURA GESSADA 15CM X 4,5M BRANCA	10	UN				
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	4	UN				

KOPAS

UPA IMBIRIBEIRA
RA. INHOS KOPAS, 100 - JARDIM DA TRAZ. DA PAZ - JARDIM
KOPAS - JARDIM

UPA Imbiribeira - São Paulo

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 07/06/2019 07:24:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE ROBERTO SILVA
ALBUQUERQUE

RG: 5336684

PESO:

IDADE: 39 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 24/11/1979

PRESTADOR ASSISTENTE: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

DATA DE ATENDIMENTO: 06/06/2019 18:22:04

ATENDIMENTO: 1239982

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S823 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: T008 - TRAUM SUPERF ENVOLV REG MULT MEMBR SUP INFER

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S823 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

RECIBO
UPA IMBIRIBEIRA
SISTEMA DE PRONTUÁRIO
ELETRÔNICO
MÉDICO RESPONSÁVEL
Dr. Marcelo Silveira
Especialista em Medicina de Emergência

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
969514325

NOME
JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

FOTO

DOS, CATEGORIA / DPO, EMISSÃO
5336684 SSP PE

CPF
032.093.884-07

DATA NASCIMENTO
24/11/1979

ENDEREÇO
AIRTOM JERONIMO DA
ALBUQUERQUE
CRUZ DA SILVA
ALBUQUERQUE

SEXO
M

ACD
AC

CAT. HAB
AB

IPRESSO
08389381803

VALIDADE
24/10/2018

VALIDADO
20/06/2003

OBSERVAÇÕES
sem observações

Jose Roberto S. Albuquerque

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE PE

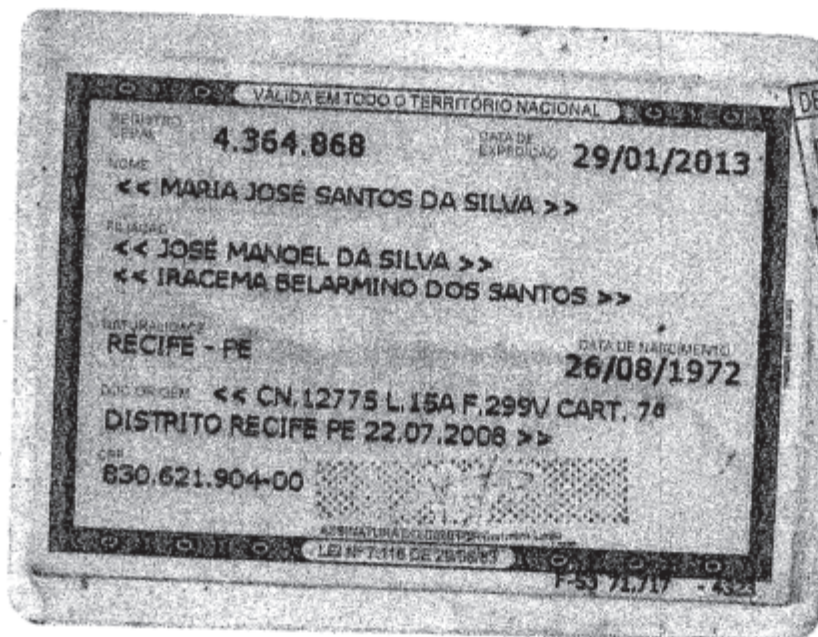
DATA EMISSÃO
03/11/2014

Luiz A. G. Silva

ASSINATURA DO DETRAN

99410796687
PR062713361

DETRAN - PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

Nº 015102307467

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DETTRAN - PE
 VIA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO
 EXERCÍCIO 2019

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PREMIO TARIFARIO (R\$) 4.15
 IOF (R\$) 0.32
 CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

PAGAMENTO
 PARCELADO
 DATA DE QUITACAO 31/07/19

SECURADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.505/0001-04

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015102307467

BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE NACISL LAURO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

RECEITE-PE
 DATA 01/07/19

PLACA 01V3284
 CLASS 01V3284
 COMBUSTÍVEL

**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: 3190637081
Nome do(a) Examinado(a): Jose Roberto Silva Albuquerque
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Massaranduba, S/N Alto do Madu
Macaxeira Recife PE CEP: 52071-085
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5336684
Data local do acidente: [06/06/2019]
Data local do exame: [19/11/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA

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

Tratamento: PLACA E PARAFUSOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO TORNOZELO DIREITO, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, DORSAL A 10 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

LIMITAÇÃO GRAVE DE TORNOZELO DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR

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 o 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 seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

TORNOZELO - Lado Direito

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390171/19

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

CPF: 032.093.884-07

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO SILVA
ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE : 032.093.884-07

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: 06/11/2019
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder do
Contrato de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399095/19

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

CPF: 032.093.884-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO SILVA
ALBUQUERQUE

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

O.B.S.: Processo cancelado por
falta de pagamento, porém
o veículo está em nome
de terceiros.

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE : 032.093.884-07

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 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Demais Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637081 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO SILVA **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.
ALBUQUERQUE

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: VITIMA COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO TORNOZELO DIREITO, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, DORSAL A 10 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++-----), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).
NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2019

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637081 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO SILVA **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.
ALBUQUERQUE

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: VITIMA COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO TORNOZELO DIREITO, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, DORSAL A 10 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).
NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637081 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO SILVA **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.
ALBUQUERQUE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3190637081 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO SILVA **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.
ALBUQUERQUE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR 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: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. 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 membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO

Profissão: Motorista RG: 5336684, CPF/MF

Nº 032.093.884-07, Com endereço residencial a

R - MASSARANDUBU N° 185 - CASA

BAIRRO - ALTO DO MADU - RECIFE - PE

CEP: 52071-125.

Outorgado:

Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

RG: 4364868-SDS-PE CPF: 830.621.904-00

R. SÃO GERALDO N° 276 - CEP: 54753-770

CAMARAGIBE - PE - SÃO PEDRO

Amplios poderes para praticar os atos administrativos de seguro obrigatório - DPVAT.

Recife, 06, 11 de 2019



Jose Roberto Silva Albuquerque

OUTORGANTE



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO

Profissão: Motorista RG: 5336684, CPF/MF

Nº 032.093.884-07, Com endereço residencial a

R - MASSARANDUBU N° 185 - CASA

BAIRRO - ALTO DO MADU - RECIFE - PE

CEP: 52071-125.

Outorgado:

Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

RG: 4364868-SDS-PE CPF: 830.621.904-00

R. SÃO GERALDO N° 276 - CEP: 54753-770

CAMARAGIBE - PE - SÃO PEDRO

Amplios poderes para praticar os atos administrativos de seguro obrigatório - DPVAT.

Recife, 06, 11 de 2019.



Jose Roberto Silva Albuquerque

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390171/19

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

CPF: 032.093.884-07

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE : 032.093.884-07

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: 06/11/2019
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399095/19

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

CPF: 032.093.884-07

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE : 032.093.884-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637081

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

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, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637081

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

032.093.884-07

4 - Nome completo da vítima:

JOSÉ ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

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

5 - Nome completo:

JOSÉ ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

6 - CPF:

032.093.884-07

7 - Profissão:

MOTOBOY

8 - Endereço:

R - MASSARANDUBA

9 - Número:

185

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ALTO DO MADU

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

52071-125

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

081-988097453

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\$1.001,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0049

CONTA:

00-170400

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE 06-11-2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



603689 0010 72789 1202

JOSE R S ALBUQUERQUE
0049 013 00170400-0

mastercard

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

032.093.884-07

4 - Nome completo da vítima:

JOSÉ ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

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

5 - Nome completo:

JOSÉ ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

6 - CPF:

032.093.884-07

7 - Profissão:

MOTOBOY

8 - Endereço:

R - MASSARANDUBA

9 - Número:

185

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ALTO DO MADU

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

52071-125

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

081-988097453

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\$1.001,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0049

CONTA:

00-170400

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE 06-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



603689 0010 72789 1202

JOSE R S ALBUQUERQUE
0049 013 00170400-0

mastercard



558430
03/90171/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA - DP13ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0103002490**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/11/2019** às **17:06**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/6/2019** às **17:32**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ITACARI, 1 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE UM FIAT FIORINO DE COR BRANCA (AUTOR \ AGENTE)
JOSE MACIEL LAURO DA SILVA (OUTRO)
JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

Polícia Civil de Pernambuco
13ª Circunscrição Policial
MUSTARDINHA

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

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CREUZA DA SILVA ALBUQUERQUE** Pai: **AIRTON JERONIMO DE ALBUQUERQUE** Data de Nascimento: **24/11/1979** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5336684/SSP/PE (RG), 03209388407 (CPF), 969514325 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Endereço Residencial: **RUA MASSARANDUBA, 185, ALTO DO MANDU - CEP: 55000-000 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DE UM FIAT FIORINO DE COR BRANCA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE MACIEL LAURO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MACIEL LAURO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV3232** (PERNAMBUCO/RECIFE)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**
Descrição: **MODELO CG CC150 - TITAN / FAN**

Polícia Civil de Pernambuco
13ª Circunscrição Policial
MUSTARDINHA

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DPPOL, O SR. JOSÉ ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, TENDO COMO AUTOR, O CONDUTOR DE UM VEÍCULO FIAT FIORINO DE COR BRANCA QUE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR ASSISTÊNCIA A VÍTIMA. RELATA O MESMO QUE ESTAVA TRAFEGANDO PELA RUA ITACARI NO SENTIDO IPSEP QUANDO SE ENVOLVEU NUMA COLISÃO COM UM FIAT FIORINO. DEVIDO AO IMPACTO, SOFREU LESÕES SENDO PORTANTO ASSISTIDO POR UMA EQUIPE DE UNIDADE TÁTICA DO GRUPAMENTO DE BOMBEIROS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (CERTIDÃO 2019 APH 001151 - DIV-OP) QUE REALIZOU OS PRIMEIROS SOCORROS O REMOVENDO POSTERIORMENTE PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA E DEPOIS HOSPITAL GETULIO VARGAS. ATENDIMENTO Nº 01239982 - MÉDICO SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS CRM: 21119. CASO AFETO A DPPOL DO IPSEP.

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

Jose Roberto Silva Albuquerque
JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE
(VITIMA)

B.O. registrado por: JORGE PEREIRA DAMASCENO Matrícula 148721-3



Polícia Civil de Pernambuco
13ª Circunscrição Policial
MUSTARDIMHA

[Handwritten signature]

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

032.093.884-07

4 - Nome completo da vítima:

ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

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

5 - Nome completo:

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

6 - CPF:

032.093.884-07

7 - Profissão:

MOTOBOY

8 - Endereço:

R - MASSARANDUBA

9 - Número:

185

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ALTO DO MADU

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

52071-125

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

081-988097453

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\$1.001,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0049

CONTA:

00-70400

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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas do Segurado Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado (ou domicílio): ☐ Solteiro ☐ Casado (nuquero) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do último divórcio:

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 netos (nascidos)? ☐ 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não abrangido

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 06-11-2019

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

032.093.884-07

4 - Nome completo da vítima:

ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

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

5 - Nome completo:

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

6 - CPF:

032.093.884-07

7 - Profissão:

MOTOBOY

8 - Endereço:

R - MASSARANDUBA

9 - Número:

185

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ALTO DO MADU

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

52071-125

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

081-988097453

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\$1.001,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0049

CONTA:

00-70400

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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas do Segurado Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado (ou domicílio): ☐ Solteiro ☐ Casado (nuca) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do último divórcio:

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 netos (ou neta)?

☐ 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não abrangido

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 06-11-2019

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001151 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). DJALMA FRANCISCO DAS CHAGAS , 43 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 361691105 SSP-SP, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 762.745.004-72, residente à RUA ESTER , nº 00098, , MACAXEIRA , RECIFE -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 06/06/2019, por volta das 17:32 hs, no endereço: RUA ITACARI, S/N, IPSEP RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA TITAN PRETA OYV3232-PE ; AUTOMOVEL FIORINO DE COR BRANCA E PLACA NÃO IDENTIFICADA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE , inscrito sob o CPF nº 032.093.884-07 e Registro Geral ° 5336684, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710096-5 CARLOS. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO IMBIRIBEIRA. Registrado(a) com o prontuário nº 1239982. Ficou aos cuidados do médico XX, registro 9225. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 28/10/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001151

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001151 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). DJALMA FRANCISCO DAS CHAGAS , 43 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 361691105 SSP-SP, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 762.745.004-72, residente à RUA ESTER , nº 00098, , MACAXEIRA , RECIFE -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 06/06/2019, por volta das 17:32 hs, no endereço: RUA ITACARI, S/N, IPSEP RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA TITAN PRETA OYV3232-PE ; AUTOMOVEL FIORINO DE COR BRANCA E PLACA NÃO IDENTIFICADA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE , inscrito sob o CPF nº 032.093.884-07 e Registro Geral ° 5336684, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710096-5 CARLOS. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO IMBIRIBEIRA. Registrado(a) com o prontuário nº 1239982. Ficou aos cuidados do médico XX, registro 9225. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 28/10/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001151

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000170400-0

Nr. da Autenticação 19B6921325318F24



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 51030-602
CNPJ: 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0355943-99 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

AIRTON JERONIMO DE ALBUQUERQUE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MASSARANDUBA 185

CPF: 217.164.634-91
CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ALTO DO MANDU
RECIFE PE
52071-125

CONTACT CONTACT

0918172011

08/2018

22/08/2019

13/09/2019

63.29

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
ICMS Subvenção-CDE-NF 086821037-13/08/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
------------	-------------	-------------

77.0000000	0.77545172	52.3
------------	------------	------

			0.83
			2.16

0,68

TOTAL DA FATURA	R\$ 6.000,00	
-----------------	--------------	--

ADMINISTRATIVO DE COMBUSTIVEL DRETA - NÚMERO 1132									63.2
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MT0202	CAT	15-07-2019	45.017,00	15-08-2019	48.094,00	31	1,0000		17,35

METODO DE CONSUMO

INFORMATION FOR CONTRIBUTORS

Mês/Ano	Consumo Aproximado (MWh)
ADO19 77	~10
JUL19 59	~15
SET19 83	~20
NOV19 90	~25
MAR19 110	~30
MAI19 91	~25
JUL19 119	~35
SET19 64	~15
NOV19 121	~40

Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	62,62	25,89
PIS	62,62	4,74
COFINS	62,62	3,42
Total		34,05

Composição do Consumo		
Geração de Energia	R\$	21,73
Transmissão	R\$	2,18
Distribuição (Cabo)	R\$	13,21
Perdas de Energia	R\$	4,16
Energia de Referência	R\$	3,10
Fretos	R\$	18,25
Total	R\$	62,65

0.54233072

ED05 8CE7 BD55 FE2E F801 1ACC 454B F85E

NON-FLUORESCENT POLYMERIZATION

157 Mais de cinco empresas já completaram o projeto: a maior delas é a **Chelva** (www.chelva.com.br), com sede em São Paulo. A **Chelva** também é a responsável por desenvolver o aplicativo de realidade aumentada para o projeto. A **Chelva** também é a responsável por desenvolver o aplicativo de realidade aumentada para o projeto. A **Chelva** também é a responsável por desenvolver o aplicativo de realidade aumentada para o projeto.

[illegible]

VALORES DE REFERÊNCIA DOS INSTRUMENTOS					VALORES DE REFERÊNCIA		
COLADO	VALOR APROVADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TERMO NOMINAL (Y)	LIMITE DE VARIAÇÃO (Y)	
	Jun/2019					Idêntico	Idêntico
GRD						200	202
FD							231
GRDP							
	0,00	4,00	9,00	18,00			
	0,00	3,50	8,35	12,50			
	0,00	2,77	6,00	0,00			

Limite DCR 12,22

US\$ - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição

Levinson *et al.* 1272

ELSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 22,89

CONTA CONTRATO

MESIANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PADAR (RM)

63.29

83840000000-6 63290011000-3 01817201110-0 18353350193-7



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

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



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

DADOS DO CLIENTE

ERICA ESTEVAO DE SANTANA
PX AO EDUCANDARIO SILVIA NUNES
CPF: 073.964.964-70

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO GERALDO 276

LOTTO SAO PEDRO/CAMARAGIBE
54753-770 CAMARAGIBE 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

03/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

15,44

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

26/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

26/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

010642113

CONTA CONTRATO

004008543394

Nº DO CLIENTE

2003035570

Nº DA INSTALAÇÃO

0000667442

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BA22.EDB4.0251.DCA3.E4E8.F4B8.2A8E.4FA6

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,09	0,50420908	15,12
Multa por atraso-NF 006932885 - 23/02/18			0,29
Juros por atraso-NF 006932885 - 23/02/18			0,03
TOTAL DA FATURA			
			15,44

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 AGO 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902-BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE PE

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)

5,48334908

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
MAR 18	30
FEV 18	30
JAN 18	30
DEZ 17	30
NOV 17	30
OUT 17	30
SET 17	30
AGO 17	30
JUL 17	30
JUN 17	30
MAI 17	30
ABR 17	30
MAR 17	30

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 9º, Resolução ANEEL
414/2010.

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	15,12	0,82	0,12	15,12	3,91	0,59

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003120549340	CAT	23/02/2018 2.460,00	26/03/2018 2.460,00	31	1,0000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/04/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jan/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	CAMARAGIBE	1,34	5,19	10,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia		2,09	3,30	5,60	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,28	2,94	0,30	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 7,43					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
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 próx. mês
Isenção do ICMS conforme Art.8, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004008543394	03/2018	15,44	03/04/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838200000002 154400110046 008543394102 117457250039



**CELPE**

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICACompanhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 51000-002
CNPJ 10.836.932/0001-09 | Ins. Est. 0395943-89 | www.celpe.com.br**DADOS DO CLIENTE**

AIRTON JERONIMO DE ALBUQUERQUE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MASSARANDUBA 165

CPF: 217.164.634-91

CLASSIFICAÇÃOB1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ALTO DO MANDURECIFE

RECIFE PE

52071-125

NÚMERO DO CONTRATO

4535/000

0018172011

08/2019

22/08/2019

13/09/2019

PERÍODO	VALOR	CALCULO
07/3478881	UNICA	15/08/2019
07/3478881	UNICA	15/08/2019
15/08/2019	2002375709	2672259

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCALConsumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
ICMS Subvenção CDE-NF 086821037-13/08/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
77,0000000	0,77545172	68,70
		0,83
		2,10
		0,80

63,29

TOTAL DA FATURA									
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
M70283	CAT	15-07-2019	46.017,00	15-08-2019	46.094,00	31	1,0000		77,00
									63,29

MÉTODO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE CÁLCULO		VALORES DE CÁLCULO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Método	W/h	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO			
AGO 19	77	ICMS	62,63	25,81	16,65	Geração de Energia	R\$ 21,73 34,70%
JUL 19	59	PIS	62,63	0,76	0,46	Transmissão	R\$ 2,10 3,45%
JUN 19	80	COFINS	62,63	3,42	2,14	Distribuição (Celpe)	R\$ 13,21 21,09%
MAY 19	80					Perdas de Energia	R\$ 4,18 6,64%
ABR 19	81					Energia não entregue	R\$ 3,10 4,95%
MAR 19	119					Tributação	R\$ 18,25 28,14%
FEV 19	84						R\$ 0,00 0,00%
JAN 19	121						
DEZ 18	132						
NOV 18	133						
OUT 18	107						
SET 18	80						
AGO 18	41						

EDB SCE 7 BOSS FEZE FB01 1ACC 454B FB5E

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais perto de vencimento para evitar a cobrança de multa e juros. O Cliente deve pagar a fatura no prazo de 15 dias após a emissão da conta. Caso não seja pago no prazo, a Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco (CELPE) cobrará multa e juros. O Cliente deve pagar a fatura no prazo de 15 dias após a emissão da conta. Caso não seja pago no prazo, a Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco (CELPE) cobrará multa e juros.

Na contrapartida de
serviços prestados, a CELPE
garante a qualidade dos
serviços e a segurança dos
dados. O Cliente deve
pagar a fatura no prazo
de 15 dias após a
emissão da conta.

TENSÃO NOMINAL (V)					LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MENOR	LIMITE MAIOR	LIMITE ATUAL	Índice	Índice
600	0,00	4,18	9,81	18,82	220	202
750	0,00	3,12	8,35	12,70		231
900	0,00	2,77	0,00	0,00		

Linha DCE 12,22

LSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 22,87

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

0018172011

08/2019

22/08/2019

63,29

83840000000-6 63290011000-3 01817201110-0 18353350193-7



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

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



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

DADOS DO CLIENTE

ERICA ESTEVAO DE SANTANA
PX AO EDUCANDARIO SILVIA NUNES
CPF: 073.964.964-70

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO GERALDO 276

LOTTO SAO PEDRO/CAMARAGIBE
54753-770 CAMARAGIBE 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

03/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

15,44

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

26/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

26/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

010642113

CONTA CONTRATO

004008543394

Nº DO CLIENTE

2003035570

Nº DA INSTALAÇÃO

0000667442

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BA22.EDB4.0251.DCA3.E4E8.F4B8.2A8E.4FA6

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,09	0,50420908	15,12
Multa por atraso-NF 006932885 - 23/02/18			0,29
Juros por atraso-NF 006932885 - 23/02/18			0,03
05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 14-AGO-2019 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902-BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE			
TOTAL DA FATURA			15,44

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	15,12	0,82	0,12	15,12	3,91	0,59

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)

5,48334908

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
MAR 18		30
FEV 18		30
JAN 18		30
DEZ 17		30
NOV 17		30
OUT 17		30
SET 17		30
AGO 17		30
JUL 17		30
JUN 17		30
MAI 17		30
ABR 17		30
MAR 17		30

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 9º, Resolução ANEEL
414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003120549340	CAT	23/02/2018 2.460,00	26/03/2018 2.460,00	31	1,0000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/04/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jan/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	CAMARAGIBE	1,34	5,19	10,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia		2,09	3,30	5,60	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,28	2,94	0,30	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 7,43					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
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 próx. mês
Isenção do ICMS conforme Art.8, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004008543394	03/2018	15,44	03/04/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838200000002 154400110046 008543394102 117457250039



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/BIBLIOTECASWEB/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 MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 830.621.904/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.093.884/07

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.093.884/07, 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: <u>R - SÃO GERALDO</u>		Número: <u>276</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO PEDRO</u>	Cidade: <u>CAMARAGIBE</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>54253-770</u>
E-mail: _____		Tel.(DDD): <u>081-988963394</u>	

Local e Data: RECIFE, 06, 11, 2019

Maria Jose Santos da Silva
Assinatura do Declarante

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/BIBLIOTECASWEB/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 MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 830.621.904/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.093.884/07

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.093.884/07, 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: <u>R - SÃO GERALDO</u>		Número: <u>276</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO PEDRO</u>	Cidade: <u>CAMARAGIBE</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>54253-770</u>
E-mail: _____		Tel.(DDD): <u>081-988963394</u>	

Local e Data: RECIFE, 06, 11, 2019

Maria Jose Santos da Silva

Assinatura do Declarante

Secretaria

De: UPA IMBIRIBEIRA <contato.upaimb@ipassaude.org>
Enviado em: quinta-feira, 22 de agosto de 2019 12:02
Para: secretaria.upaimb@ipassaude.org; coordtecnica.upaimb@ipassaude.org
Assunto: SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO

Sinalizador de acompanhamento:

Status do sinalizador: Acompanhar
Sinalizada

De: Jose Roberto Silva Albuquerque dpvat
Motivo da Solicitação: Dpvat
Data do atendimento: 06/06/2019
RG: 5336684-ssp-pc
Telefone: 081-988963391
Data de nascimento: 24/11/1979
Nome da Mãe: Creuza da Silva Albuquerque
Protocolo: teste

--
Este email foi enviado via formulário de SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO em UPA IMBIRIBEIRA

Queixa Principal / História

PACIENTE TRAZIDO PELO COBOM VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, REFERINDO DOR NO TORNOZELO DIREITO

Antecedentes

DM: ☒ SIM ☒ NÃO

HAS: ☒ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☒ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☒ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Aclanótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☒ NORMAL ☒ ALTERADA

AP. Locomotor: ☒ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			17					

[Assinatura]
Dr. Marcelino Silva
Médico de Família e Comunidade
Unidade de Pronto Atendimento

1^o VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1					06/06 18:38

~~EX-100~~

[Handwritten signature]

Prescrição.: 1742187 Data: 06/06/2019 18:51

Usuário.: ANTONIOMSCF

Atendimento: 1238982 Dt Nasc: 24/11/1979 (39a 9m 27d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 560730 - JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 06/06/2019 18:22 0 Dias(s) int

Médico.: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA Cielo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM - null - 9225

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
3 TALA GESSADA TIPO COXOPODALICO G	1					[06/06] 18:51
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	10	UN				
-> ATADURA GESSADA 15CM X 4,5M BRANCA	10	UN				
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	4	UN				

KOPAS

UPA IMBIRIBEIRA
RA. INHOS KOPAS, 100 - JARDIM DA TRAZ. DA PAZ - JARDIM
KOPAS - JARDIM

UPA Imbiribeira - São Paulo

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 07/06/2019 07:24:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE ROBERTO SILVA
ALBUQUERQUE

RG: 5336684

PESO:

IDADE: 39 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 24/11/1979

PRESTADOR ASSISTENTE: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

DATA DE ATENDIMENTO: 06/06/2019 18:22:04

ATENDIMENTO: 1239982

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S823 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: T008 - TRAUM SUPERF ENVOLV REG MULT MEMBR SUP INFER

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S823 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

RECIBO
UPA IMBIRIBEIRA
SISTEMA DE PRONTUÁRIO
MÉDICO RESPONSÁVEL
Dr. Marcelo Silveira
Emissão: 20/09/2019 10:31

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs