



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

LUSINEIDE MARIA PEREIRA DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CD 15 160 AP-17

CPF 080 158 294-01

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
662502810	UNICA	17/05/2019
APPROPRIAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
17/05/2018	200/2940567	3675028

JOSE TOME DE SOUZA SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
58900-000

CONTA CONTABILIZADA	RESUMO
4011212790	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PRECATORIO LÍQUIDA
24/05/2019	17/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	118,43

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abso(MWH)	142,8000000	0,78742173	111,81
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,18
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,53
Multa por atraso-NF 058801404 - 17/04/18			1,86
Juros por atraso-NF 058801404 - 17/04/18			0,02
Atualização IGP-M-NF 058801404 - 17/04/18			0,05

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CUSTEIO									
Nº DO MEMORIAL	TPO OA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
		DATA	CUSTO	DATA	CUSTO				
11872	CAT	17-04-2018	18.850,00	17-05-2018	18.752,00	30	1,00000		142,00

WSTĘP DO KONSUMU

Month	Missing Data Points
MAY18	142
APR18	111
MAR18	88
FEB18	70
JAN18	73
DEC18	62
NOV18	71
OCT18	76
SEP18	51
AGO18	85
JUL18	360
JUN18	347
MAY19	205

INFORMAÇÕES DE TRÊSITOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	112,97	25,00	28,24
PIS	112,97	1,16	1,31
COFINS	112,97	5,37	6,05

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Unidade	Valor	Porcentagem
Geração de Energia	R\$	35,71	31,05%
Transmissão	R\$	4,50	3,94%
Distribuição (Cabo)	R\$	34,27	21,48%
Perdas de Energia	R\$	7,54	6,70%
Encargos Setoriais	R\$	5,70	5,00%
Tributos	R\$	30,81	21,52%
Total	R\$	113,53	100%

SAUDAS APLICADAS

Constantino Albeo (CNA)

© 4324-4708

RELEVANDO AO FISCO

2738 B2C7 A14F 1132 9C98 E440 253D 248B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

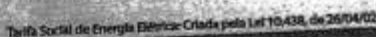
[illegible][illegible]

NOTES ON CONTRIBUTORS

	DEBENTURES	VALUE ADJUSTED COST	LIMIT RENTAL	LIMIT THEORETICAL	LIMIT ACTUAL
END		0.00	5.43	10.00	21.73
FIG		0.00	3.30	-0.00	3.70
OMIC					

NÍVEIS DE TENSÃO

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



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-602
CNPJ 10.836.932/0001-08 | Insc. Est. 0005043-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF: 286.442 044-91

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
58903-220

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

1130133025	07/2019
22/07/2019	13/08/2019
	148.54

069211143	UNICA	11/07/2019
11/07/2019	2000530115	3680341

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	168,0000000	0,78083095	124,12
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,98
Contro. Ilum. Pública Municipal			8,12
ICMS Subvenção-COE-UF 081585998-13/05/18			1,27
Doação APAE - DB03 722 2723			15,00
Aluguel ITAPIU - art 21 da Lei 10.438/2002			-1,93

TOTAL DA FATURA

Nº DO MÊS/DIA	TIPO DA FUNÇÃO CAT.	ANTERIOR		ATUAL		Vº DE DIAS 30	AJUSTE	COMBUSTO (R\$)
		DATA 11/06/98	LITURA 8.001,00	DATA 11/07/98	LITURA 8.205,00			
							1.00000	168,00

MÊS	Índice
JAN 94	100
FEB 94	102
MAR 94	105
ABR 94	108
MAY 94	110
JUN 94	112
JUL 94	115
AUG 94	118
SEP 94	120
OCT 94	122
NOV 94	125
DEC 94	128
JAN 95	130
FEB 95	132
MAR 95	135
ABR 95	138
MAY 95	140
JUN 95	142
JUL 95	145
AUG 95	148
SEP 95	150
OCT 95	152
NOV 95	155
DEC 95	158
JAN 96	160

3004 2372 2114 1915 4660 C0BF 4CA0 EBEA

[illegible]

CONSUMO	VALORES R\$ 000	LIMITE R\$ 000	TAXA R\$ 000	LIMITE R\$ 000	TAXA DE JUROS (%)		LIMITE DE VENCIMENTO (D)	
					1997	1998	1997	1998
DE	0,00	3,30	6,00	13,75				
FE	0,00	2,11	0,00	0,00				

Fonte: FINEC - 11/97. R\$ 000 - Valor da Unidade de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 47,44

30 JUL 2019

**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: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

DIVACY PIREZ FERNANDES LIMA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.150.684 / 74

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DIVACY PIREZ FERNANDES LIMA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.150.684 / 74 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9.9998.1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 08/07/2019

George Carlos Melo Lima
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, Diana Pires Fernandes Lima,
RG nº 5608590, data de expedição 12/04/1976
Órgão SSP - PE, portador do CPF nº 029.799.914-14,
com domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Severino Marques da Costa, nº 164,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
X Mary Pires Fernandes Lima, cujo o condutor era
X Mary Pires Fernandes Lima.
Veículo motocicleta Modelo: HONDA CB 125 Ano: 2003-2010
Placa: KEK 7064 Chassi: 9C27E4110ARD09256
Data do Acidente: 21/01/2019



Local e Data: SERRA TALHADA - PE 19/07/19

X Diana Pires F. Lima

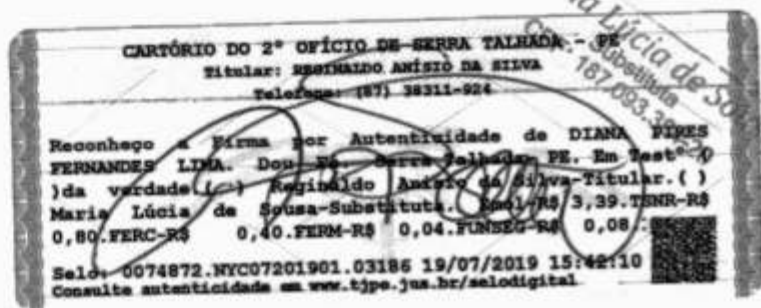
Assinatura do Declarante

X Mary Pires Fernandes Lima

Assinatura do Condutor

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

30 JUL 2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ - VII GERES
EMERGÊNCIA GERAL / ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

9.9963-03 10

DATA: 21/01/19
Nº DE OCORRÊNCIA:
HORA DE CHEGADA: 20:39
HORA SAÍDA:
REGULAÇÃO:

IDENTIFICAÇÃO

CPF:

NOME: Divany Pires Fernandes Lima DATA DE NASC: 04/01/81 ID: 38 Cor: 03
SEXO: M ORIENTAÇÃO SEXUAL: ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Motorista
NOME DA MÃE: Mãe de Lourdes Pires Lima TEL: 996428927
ENDEREÇO: Quadra 15 lot. 17 BAIRRO: Mulhacé Nº: CIDADE: Serra Talhada
GRAU DE INSTRUÇÃO: ANALFABETO () 1º GRAU () 2º GRAU () SUPERIOR () CNS: 700403995818049
RESPONSÁVEL: memo FUNCIONÁRIO (A):

MEIO DE TRANSPORTE
BOMBEIRO () AMBULÂNCIA () SAMU () AUTO ()
MOTO () OUTROS ()

PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO
ANDANDO () MACA ()
CADEIRA DE RODA ()

ENCAMINHADO
HOSPITAL ()
PSF () OUTROS ()

PA: 140x100 HGT: TEMP: FC: 97 SATO: 98 FR: PESO:

ANTECEDENTES PESSOAIS: HAS

ANTECEDENTES FAMILIARES:

USO DE MEDICAMENTOS: Enalapril 10mg

ALERGICO: Nega

AValiação DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

ENCAMINHAMENTOS

CLASSIFICAÇÃO

() Febre () Vômitos () Dificuldade de Respirar () Fraqueza
() Confusão Mental () Fadiga () Cefaléia () Distúrbios Visuais
() Tosse () Taquicardia () Convulsão () Desmaio
() Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo () Tonturas
() Dor. Local:
() Queixa Urinária:
() Sangramento. Local:
() Outras Queixas: Paciente apresenta edema e
supra das em MSE após acidente de
moto hoje.

() Clínico Geral
() Cirurgião
() Ortopedista
() Odontólogo
() Serviço Social
() Enfermagem
() Outros:

☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

Assinatura Enf.

Alor

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA

1 - QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA)

Plr vítima Acidente Motorista SORELOCO
Rt (Lacerar) (E) feridas M (E) MSE

2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA GLASGOW 15.

Rt (Lacerar) (E)

3 - EXAMES SOLICITADOS

Rt ombros (E) AP/P

Dr. Abe
21/01/2019
21553

Carimbo do Médico

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO	ACIDENTE DE TRABALHO	OUTRO TIPO DE ACIDENTE
Veículo: () Automóvel () Ônibus () Moto () Outros Qual: () Ignorado Fator de Proteção: () Cintil/ Capacete () Qual: () Ignorado	Origem: () Construção Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outros Qual: () Ignorado	() Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico () Outros Qual: () Ignorado
AGRESSÃO	AUTOAGRESSÃO/ SUICÍDIO	LOCAL DA OCORRÊNCIA
POR: () Arma de Fogo () Arma Branca () Espancimento () Outro Qual: () Ignorado MODO: () Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Ignorado () Outros Qual:	() Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda de Nível () Outros Qual: () Ignorado	() Via Pública () Domicílio () Escola () Ambiente de Trabalho () Outros Qual: () Ignorado

NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - VEH

Nº DA NOTIFICAÇÃO: SE 04 INVESTIGAÇÃO SIM (X) NÃO () AGRAVO: Acidente RESPONSÁVEL: R



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.
2 - CNES
2517124
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.
4 - CNES
2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO
7556182222
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
406463995118049
6 - SIS PRENATAL
7 - SENHA / REGULAÇÃO
8 - Nº DO PRONTUÁRIO
9 - NOME DO PACIENTE
Renato F. Lima
10 - DATA DE NASCIMENTO
04/01/81
11 - SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Maria da Conceição Lima
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
Suares Marques da Costa
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Suares Marques da Costa
15 - CID. 1000 MUNICÍPIO
16 - CID. 1000 MUNICÍPIO
17 - UF
18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

→ Limite físico no

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

Ka

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ort m clum.

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S. 42.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

fg CIRURGIA NA UN

27 - COD. DO PROCEDIMENTO
0408.02023

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0112

23/01/19

IN Francisco de Assis
CPF: 124.124.124-10
CRM: 3342

30 JUL 2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNES DA EMPRESA

42 - CENH

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - CÓD. ORÇÃO EMISSÃO

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

José Roberto Vieira Barros

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261910746815-4

MOTIVO DA ALTA: Melhora

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Eletiva

DATA DA INTERNAÇÃO: 30/05/19



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

CLÍNICA

CIRURGICA

Data do Atendimento: 28/01/2019 Prontuário: 00043022 Registro: 00098668 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

Data Nascimento: 04/01/1981 Idade: 38 Anos Sexo: MASQUILINO Cor: PARDÁ

Estado Civil: CASADO(A) Profissão: MOTORISTA Naturalidade: Nacionalidade:

Filiação: Pai: JOSE DA LUZ FERNANDES LIMA Mãe: MARIA DE LOURDES PIRES LIMA

Endereço: SEVERINO MARQUES DA COSTA Nº 160

Bairro: MUTIRAO Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE Telefone: 96294765

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []

Suicídio [] Casual [] Outros []

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OMBRO

Diagnóstico Inicial: TRAUMA NA CLAVICULA

S.A.T.

Diagnóstico Final: O MESMO

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [] Decisão Médica []

Inalterado [] Alta a Pedido []

Piorado [] Transferência []

Óbito+48h [] Evasão []

Óbito-48h [] Indisciplina []

Óbito em: / / Hora:

Data do Internamento: 28/01/2019

Data da Alta: 31/01/19

30 JUL 2019

Médico Responsável

Cirurgia Realizada			Nº do Procedimento:
Data:	Início:	Término:	
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesiologista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ANESTESIA
- ASSCEPTIVA
- SUBCUTANEA
- CURATIVO

01 FIO METALICO 2.0



Assinatura do Cirurgião

30 JUL 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 DIVACY FERREZ FERNANDES LIMA

DOC IDENTIDADE / ORIG EMISSOR / SE
 5582222 SSP PE

CPF
 045.158.494-74

DATA NASCIMENTO
 04/01/1983

FILIAÇÃO
 JOSE DA LUZ FERNANDES LIMA
 MARIA DE LOURDES FERREZ LIMA

PERMISSAO
 04120015423

VALOR
 11/02/2020

CAT HAB
 AD

INSCRIÇÃO
 15/06/2007

OBSERVAÇÕES
 A
 Exerce Ativ Remunerada

LOCAL
 AFOGADOS DA INGENHEIRA - PE

DATA EMISSAO
 23/04/2015

ASSINATURA DO EMITENTE
 50727820281
 78064925216

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1024504461

PROIBIR PLASTIFICAR
 1024504461

30 JUL 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014483804363

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD-RENAVAM - RNTTC - EXERCÍCIO
1 200608827 ***** 2019

DIANA PIRES FERNANDES LIMA

SERRA TALHADA-PE

029.799.914-14 PLACA KGK7064

9C2JC4110XR009256

PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA / CG 125 FAN K3 ANO FAB 2009 ANO MOD 2010

2B / 124CL CATEGORIA PARTIC DOB PREDOMINANTE PRETA

1 IPVA 2019 QUITADO VENC / COTAS 1* *****

2* ***** 3* *****

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) - JOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SERRA TALHADA-PE DATA 09/01/19

Marcelo Cruz de Costa Correia

Secretaria Municipal de Exercício DETRAN-PE

DETRAN

CONTRAN

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

PE Nº 014483804363 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DIANA PIRES FERNANDES LIMA

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

SERRA TALHADA-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 09/01/19

VIA 1 CDD-RENAVAM - RNTTC - EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 09/01/19

029.799.914-14 PLACA KGK7064

9C2JC4110XR009256

HONDA / CG 125 FAN K3 ANO FAB 2009 ANO MOD 2010

2B / 124CL CATEGORIA PARTIC DOB PREDOMINANTE PRETA

1 IPVA 2019 QUITADO VENC / COTAS 1* *****

2* ***** 3* *****

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) - JOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SERRA TALHADA-PE DATA 09/01/19

Marcelo Cruz de Costa Correia

Secretaria Municipal de Exercício DETRAN-PE

30 JUL 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190455012 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.
P *3/*4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190455012 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.
P *3/*4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190455012

Vítima: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190455012

Vítima: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **DIVACY PIRES FERNANDES LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **914**

Conta: **0000073159-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 045.150.684-74 4 - Nome completo da vítima: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

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

5 - Nome completo: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA 6 - CPF: 045.150.684-74
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: 22 - 15 160 AP 9 - Número: 17 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VILA BELA 12 - Cidade: SIERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.900-000
15 - E-mail: 16 - Tel/(DDD): 81.9998-1477

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 014 CONTA: 73159 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascos)? ☐ 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 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: SIERRA TALHADA - PE - 22/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267002444**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/06/2019** às **10:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/1/2019** às **16:00**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO DIVISÃO, PRÓXIMO A LINHA DA ODEBRECHT - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **ZONA RURAL, 1 - Bairro: ZONA RURAL - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
DIVACY PIRES FERNANDES LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DIVACY PIRES FERNANDES LIMA**

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

DIVACY PIRES FERNANDES LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES PIRES LIMA Pai: JOSE DA LUZ FERNANDES LIMA Data de Nascimento: 4/1/1981 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5682222/SPP/PE (RG), 04515068474 (CPF), 04120015423 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: - 087999630310

Residencial: **QUADRA 15, LOTE 17 - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DO MUTIRAO, 160, Nº 160 - CEP: 0 - Bairro: MUTIRAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DIVACY PIRES FERNANDES LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

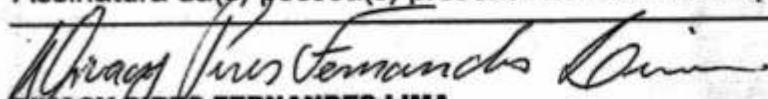
Placa: **KGK7064** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **200608827** Chassi: **9C2JC4110AR009256**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **NOME PROPRIETÁRIO: DIANA PIRES FERNANDES LIMA**

30 JUL 2019

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O QUEIXOSO ACIMA QUALIFICADO COMUNICANDO O ACIDENTE DO QUAL FORA VÍTIMA; SEGUNDO INFORMOU SEGUIA DA SEDE DA CIDADE EM DIREÇÃO A ZONA RURAL QUANDO, POR VOLTA DAS 16:30H, QUANDO TRAFEGAVA PELA ESTRADA VICINAL DO SÍTIO DIVISÃO, NAS PROXIMIDADES DA OBRA DA ODEBRECHT, O PNEU DO VEÍCULO DERRAPOU NA LAMA E A VÍTIMA CAIU DO VEÍCULO; QUE POPULARES O SOCORRERAM AO HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ, NA CIDADE DE SALGUEIRO/PE ONDE FICOU AOS CUIDADOS DO MÉDICO ABEL MACEDO FILHO, CRM-PE21548; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE A VÍTIMA FRATUROU A CLAVÍCULA ESQUERDA, TENDO QUE SER SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; O VEÍCULO NO QUAL A VÍTIMA DESLOCAVA-SE PERTENCE A SUA IRMÃ DIANA PIRES FERNANDES LIMA; A VÍTIMA ESTAVA SOZINHO NO VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO.

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


DIACY PIRES FERNANDES LIMA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** Matrícula: **3866106**



30 JUL 2019



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 045.150.684-74 4 - Nome completo da vítima: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

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

5 - Nome completo: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA 6 - CPF: 045.150.684-74
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: 22 - 15 160 AP 9 - Número: 17 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VILA BELA 12 - Cidade: SIERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.900-000
15 - E-mail: 16 - Tel/(DDD): 81.9998-1477

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 014 CONTA: 73159 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (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 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: SIERRA TALHADA - PE - 22/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ - VII GERES
EMERGÊNCIA GERAL / ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

9.9903-03 10

DATA: 21/07/19
Nº DE OCORRÊNCIA: 2039
HORA DE CHEGADA:
HORA SAÍDA:
REGULAÇÃO:

IDENTIFICAÇÃO

CPF:

NOME: Dinacy Pires Fernandes Lima DATA DE NASC: 04/01/81 ID: 38 Cor: 03
SEXO: M ORIENTAÇÃO SEXUAL: Quadrado ESTADO CIVIL: Quadrado PROFISSÃO: Motociclista
NOME DA MÃE: Mãe de Dinacy Pires Lima TEL: 996428922
ENDEREÇO: Quadrado 15 lot. 17 BAIRRO: Mulherão Nº: CIDADE: Serra Talhada
GRAU DE INSTRUÇÃO: ANALFABETO () 1º GRAU () 2º GRAU () SUPERIOR () CNS: 700403995818049
RESPONSÁVEL: mesmo FUNCIONÁRIO (A):

MEIO DE TRANSPORTE
BOMBEIRO () AMBULÂNCIA () SAMU () AUTO ()
MOTO () OUTROS ()

PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO
ANDANDO () MACA ()
CADEIRA DE RODAS ()

ENCAMINHADO
HOSPITAL ()
PSF () OUTROS ()

PA: 140x100x180 HT: 180 TEMP: 36.5 FC: 97 SATO: 98 FR: 18 PESO: 70

ANTECEDENTES PESSOAIS: NAS

ANTECEDENTES FAMILIARES:

USO DE MEDICAMENTOS: Enalapril 10mg ALERGICO: Não

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

ENCAMINHAMENTOS

CLASSIFICAÇÃO

() Febre () Vômitos () Dificuldade de Respirar () Fraqueza
() Confusão Mental () Fadiga () Cefaléia () Distúrbios Visuais
() Tosse () Taquicardia () Convulsão () Desmaio
() Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo () Tonturas
() Dor. Local:
() Queixa Urinária:
() Sangramento. Local:
() Outras Queixas: Paciente apresenta edema e
supra das art. MLE após acidente de
motocicleta.

() Clínico Geral
() Cirurgião
() Ortopedista
() Odontólogo
() Serviço Social
() Enfermagem
() Outros:

☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

Assinatura Enf.

Alor

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA

1 - QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA)

Plt vítima Acidente Motociclista ocorrido
em Caruaru (PE) feridas MLE MSE

2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA GLS bov 15

Plt Caruaru (PE)

3 - EXAMES SOLICITADOS

Plt ombros (PE) AP/P

Dr. Alor
1122-0000 75 21518

COMPROVAÇÃO DE ATOS DECLARATÓRIOS Carimbo do Médico

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO	ACIDENTE DE TRABALHO	OUTRO TIPO DE ACIDENTE
Veículo: () Automóvel () Ônibus () Moto () Outros Qual: <u></u> () Ignorado Fator de Proteção: () Cintal Capacete () Qual: <u></u> () Ignorado	Origem: () Construção Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outros Qual: <u></u> () Ignorado	() Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico () Outros Qual: <u></u> () Ignorado
AGRESSÃO	AUTOAGRESSÃO / SUICÍDIO	LOCAL DA OCORRÊNCIA
POR: () Arma de Fogo () Arma Branca () Espantamento () Outro Qual: <u></u> () Ignorado MODO: () Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Ignorado () Outros Qual: <u></u>	() Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda de Nível () Outros Qual: <u></u> () Ignorado	() Via Pública () Domicílio () Escola () Ambiente de Trabalho () Outros Qual: <u></u> () Ignorado

30 JUL 2019

NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - VEH

Nº DE NOTIFICAÇÃO: 09 INVESTIGAÇÃO: SIM NÃO: ABRANGÊNCIA: Acidente RESPONSÁVEL:

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: 08/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000073159-6

Nr. da Autenticação 9C5028A05224D99E