

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 06/08/2018

Cod. Prof: 80 Profissional: JOSE BATISTA DA SILVA

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 27277 - JANAINA DE LIMA SILVA

Pront. Local:

Data Nasc.: 10/12/1997

Idade Pac.: 20 Anos, 7 Meses e 27 Dias.

RG:

Endereço: SITIO - LAGOA DE DENTRO

Nº: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Município: TRIUNFO

Cartão SUS: 706809709808520

Nome da Mãe: ZELIA NUNES DE LIMA SILVA

Data e Hora da Recepção: 06/08/2018 11:50

Nº da Ficha: 76811

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Data: 06/08/2018 12:06

Profissional da Pré-Consulta: 52 - REBECA LEANDRO DE MENEZES

COREN2749932-PB

P.A.: ____ X mmHg Peso: ____ Kg Temperatura: ____ °C Estatura: ____ cm Per. Cefálico: ____ Per. Torácico: ____ Glicemia: ____ mg/dl

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE PELO SAMU-PI COM DOR E DEFORMIDADE NO MIE APÓS QUEDA DE MOTO
Medicamentos em Uso:

OBS: REALIZADO TILATIL PELO SAMU

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

06/08/2018 12:02:04 JOSE BATISTA DA SILVA

Vitima de queda de moto com dor no topo do fio no coro quando acendeu, fazia 12h.

Tensão 40x80

Ra de 16 e sp prof 12:00
Injeção de 1000 ml s. sulfato



Encaminhado ao município de origem 13:23h
Equipe de Triunfo.

X

Assinatura do Paciente/Responsável

JOSE BATISTA DA SILVA C.R.M.: 225124-PB

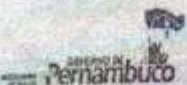
Pág: 1 de 1

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.85-A



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunha da verdade.
Princesa Isabel-PB 17/08/2018 11:49:31
Marta Rodrigues dos Santos - Escrivane
(2018-003158) ENOL:R9 2,37 FARPN:R9 0,28 FEPJ:R9 0,47
SELO DIGITAL: AHA68319-415H
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tabelionato.com.br>

24 ABR 2019



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:
10/08/2018 12:47

MÉDICO SOLICITANTE

JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
CRM - 9608

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:
JANAINA DE LIMA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO:
477073

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

10/12/1997

SEXO:
Feminino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
ZÉLIA NUNUES DE LIMA SILVA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro):
SITIO LAGOA DE DE , ZONA RURAL

DOC. INSS MUNICÍPIO:

UF:
PE

CEP:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

TRIUNFO

4322004

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACT,COM FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

CONDICÕES QUE AUSTERICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

RAIO X

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

F. RESPIRATÓRIA

PRES. ARTERIAL

SATURACAO

20 lpm

120/80 MMHG

99 %

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

URGÊNCIA

DOCUMENTO:

(X) CNS () CPF

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

Nº DOCUMENTO (CHAVE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LUTA:

ESPECIAZADE:

MÉTODO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:
(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CHAVE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

CÓD. ORGÃO EMISSOR:

13881

ESCLARECIMENTOS

Evolução

Data/Hora Profissional Evolução
 13/08/18 08:44 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
 PACT,INTERNA AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução
 12/08/18 10:25 CLARISSA ROBERTA AZEDO FALCAO
Descrição
 REGISTRAMOS QUE NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR

Data/Hora Profissional Evolução
 11/08/18 13:35 VERA LUCIA BEZERRA LEITE
Descrição
 REGISTRAMOS QUE NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR

Data/Hora Profissional Evolução
 10/08/18 13:24 GLISSIA OLIVEIRA PAIXAO E SILVA
Descrição
 REALIZADO BUSCA ATIVA DE LEITOS , SEM DISPONIBILIDADE NO MOMENTO.

Data/Hora Profissional Evolução
 10/08/18 12:47 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
 Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
10/08/18 12:47	Em digitação	0h:1m:3s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
10/08/18 12:48	Aguardando Regulação	0h:26m:23s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
10/08/18 13:13	Aguardando Regulação	0h:0m:20s	PRNS/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: PRNS solicitação: 477073
10/08/18 13:14	Regulado	0h:10m:18s	PRNS/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
10/08/18 13:24	Aguardando Disponibilidade		GLISSIA SILVIA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

DADOS CANCELAMENTO
DADOS ALTA
ASSISTIDO

Data / Hora Paciente Assistido Usuário



Hospital São Vicente

Data do Atendimento:	15/08/2018	Nº Registro:	000158191
Identificação do Paciente:	JANAINA DE LIMA SILVA	305 - TRAUMA FEM.	02
Data Nascimento:	10/12/1997	Idade:	20
Estado Civil:	Solteiro(a)	Profissão:	Feminino
	ESTUDANTE	Naturalidade:	Cor:
	TRIUNFO	TRIUNFO	Sem informação
Filiação: Pai:	JOSIAS PEREIRA DA SILVA		
Mãe:	ZELIA NUNES DE LIMA SILVA		
Endereço:	JOAQUIM TIMOTIO LIMA FILHO 75		
Bairro:	SAO CRISTOVAO	Cidade:	TRIUNFO
E-mail:	Estado: PE Telefone: (87) 99638-6282		
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/>
Outros Acidentes	<input type="checkbox"/>	Agressão	<input type="checkbox"/>
Suicídio	<input type="checkbox"/>	Casual	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>		
Nº	do Acompanhante:	Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Descrever sua história de saúde
 Preexistências Coxo e coxigena, dor
 Muitidão de feridas e lesões
 fezes al dente

Diagnóstico Inicial

Feces crudas e
 febre

S.A.D.T

Feudecose e psoriase e
 ressecção
 colônito 17/08/18

Diagnóstico Final
CONDICÃO DE ALTA **MOTIVO DA ALTA**

Melhorada	<input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica	<input checked="" type="checkbox"/>
Inalterado	<input type="checkbox"/>	Alta a Pedido	<input type="checkbox"/>
Piorado	<input type="checkbox"/>	Transferência	<input type="checkbox"/>
Óbito+48h	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>
Óbito-48h	<input type="checkbox"/>	Indisciplina	<input type="checkbox"/>

Óbito em: _____

Hora: _____

Data do Internamento: 15/08/18

Data da Alta: 29/08/18

Local: _____

24 ABR 2019

Médico Responsável

Cirurgia Realizada:

Jo Procedimento:

osteosíntese fractura diafise feixa e

Data: 18/08/18 Início: Término:

Cirurgião: Anderson

1º Auxiliar: Fábio

2º Auxiliar:

Anestesista: Silviano

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

Sol puestifim assentada MIE +
fixas 5 feixes da ferula rosa e
curete elétrica por planos, fluoroscópico.
Vasos sanguíneos, clauda feixes fogo
fractura reduzida e osteosíntese

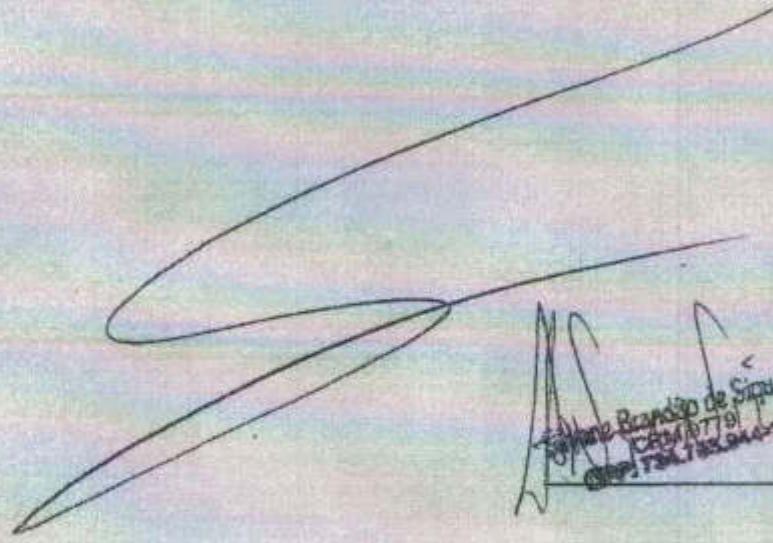
Materiais:

01 placar dcp 4,5 x 40cm fixo

08 P. corticais 4,5

01 placar dcp 6,4.

Surfaces por abrasivas + meia



Anderson Brandão de Siqueira
CRM 16779
CRP 15212694072

Assinatura do Cirurgião

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco

**LAUDO PARA SOLICITADO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTENÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO	NOME ATEND.		
10023036			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRÉ-NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - N° DO PRONTUÁRIO
706809709808520			000158191
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO		
JANAINA DE LIMA SILVA	10/12/1997		
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - SEXO		
ZELIA NUNES DE LIMA SILVA	Feminino		
14 - ENDERECO (RUA, N° BAIRRO)	DDD 13 - FONE DE CONTATO		
JOAQUIM TIMOTIO LIMA FILHO	(87) 99638-6282		
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF	18 - CEP
TRIUNFO		PE	56870-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	<p><i>Paciente com dor lombar M.E, de evolução de 2 meses e progressiva. Coxas e coximelos doloridos e hiperestesia. Susp. de Tumor de LME.</i></p>		
--------------------------------------	---	--	--

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	<p><i>No Coxas e feste feito</i></p>		
21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL		
<i>Fevereiro crônica febre</i>	5727		
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	24 - CID. 10 SECUNDARIO	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO				
<i>Osteossintese</i>	0408030519				
28 - CINICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO	31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
305 - TRAJAMA P.E.M. 01	IX - CNS	I - CPF			
32 - N.S. E/ INDIVIDUALIZADO PELA SOLICITANTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO	34 - ASSINATURA E CARIMBO (BLOCO DE MÉDICO)			
<i>Antônio Soárez de Freitas</i> <i>CPF: 056.232.203-51</i>	15/08/2018	<i>Mauriciana Pereira Ferreira</i> CPF: 030.473.994-0 CRM: 14279			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRABALHO/VIAGENS)					
35 - IDENTIF. DE TRANSITO	36 - CNPJ DA SEGURO-DOR	39 - N° DO BILHETE	40 - SÉRIE		
36 - IDENTIF. DE TRABALHO TÍPICO					
37 - ACIDENTE DE TRABALHO/VIAGEM	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOR		
38 - CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA					
39 - INSCRIÇÃO	40 - EMPREGADOR	41 - AUTÔNOMO	42 - DESEMPREGADO	43 - APOSENTADO	44 - NÃO SEGURO

45 - CÓDIGO DE DOCUMENTO AUTORIZADO	46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ABR)
47 - DOCUMENTO	48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	<i>263810503920-7</i>
I - CNS	I - CPF	
49 - DATA DE AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (DE REGISTRO DE MÉDICO)	MOTIVO DA ALTA:
	<i>Ilo Pereira da Andrade Melo</i> CPF: 153.274.214-15 CRM: 8603	<i>15/08/18</i>
	MÉDICO AUTORIZADOR	CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
X - GERES		
		DATA DA INTERNAÇÃO: <i>15/08/18</i>
		DATA DA ALTA: <i>20/08/18</i>

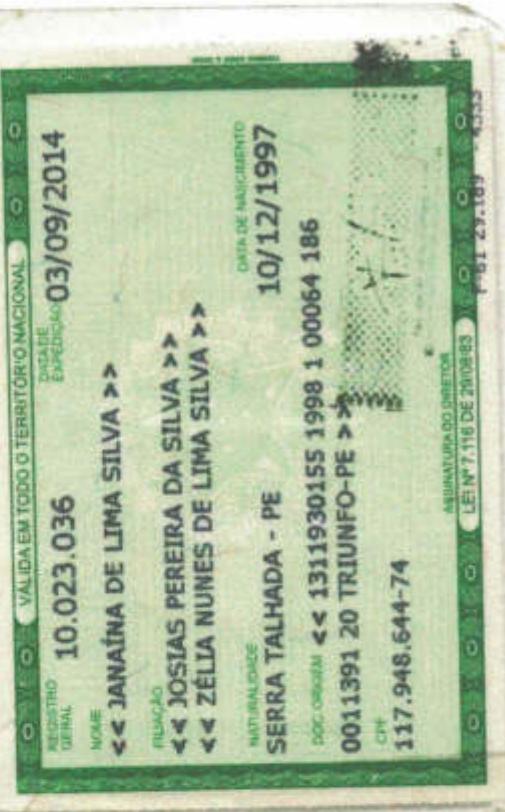
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

10 DEZ. 2018



**CÓDIGO DE CONTROLE
CB9F.315D.386F.9740**

www.receita.fazenda.gov.br





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEZAL	4.819.300	DATA DE EXPEDIÇÃO: 15/05/2003
NOME: EDILSA FERREIRA DE SOUZA		
PARECER: JOÃO FERREIRA DA SILVA		
RITA MARIA DA SILVA		
NATURALIDADE: TRIUNFO	PE	DATA DE NASCIMENTO: 18/04/1975
SÉC. ORIGEM: CC. 1619, LB.04 AUX, F.110-CART DE FLORES-PE 21/08/1994		
CPS:	041.021.214-00	
LEI N° 7.116 DE 29/08/83		

F-07 10852

1º DEZ. 2018



10 DEZ. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180583024 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 06/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180583024 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 06/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5_CIRURGIA

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORANTE:

Nome: JANAINA DE LIMA SILVA, brasileiro(a), estado civil: Solteira
Profissão: Agricultora, portador(a) do RG 10.023.036, órgão expedidor SDS-PE
e do CPF: 117.948.644-74, residente no(a) Si:Lagoa de Dentro
nº 130, bairro: Rural, município: Triunfo / PE.

OUTORGADO:

Nome: EDILSA FERREIRA DE SOUZA, brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: RECUSO, portador(a) do RG 4819300, órgão expedidor SDS-PE
e do CPF: 041.021.214-80, residente no(a) RUA DAS MANGUEIRAS
nº 198, bairro: SANTO ANTONIO, município: TRIUNFO / PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JANAINA DE LIMA SILVA.

Local e Data: TRIUNFO PE, 21/09/18.

x Janaina de Lima Silva

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



11 DEZ. 2018

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

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180583024

Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 06/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSA FERREIRA DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANAINA DE LIMA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180583024

Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 06/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSA FERREIRA DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANAINA DE LIMA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180583024 **Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA**

Data do Acidente: 06/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDILSA FERREIRA DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANAINA DE LIMA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JANAINA DE LIMA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 0000039175-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

Nº do sinistro ou AGL: CPF da vítima: 317.948.644-74 Nome completo da vítima: Janeina de Lima Silva

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

Nome completo:	<i>Janeina de Lima Silva</i>	CPF:	317.948.644-74
Profissão:	Agricultora	Endereço:	Sítio Boque da dentro
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	Triunfo
E-mail:		Estado:	PE
		Número:	330
		Complemento:	
		CEP:	56870-000
		Tel (DDRR):	(81) 99932-5938

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO

- REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (037) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA: *0586* CONTA: *39175* Dígito: *1*
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 regras do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a regras 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 da custo da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo da sua conclusão.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Órgão de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/vivos?: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, 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 290 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário que assinou

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

Janeina de Lima Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. Até 31/12/2018

NECESSARIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



C E R T I D Ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: N° 541/2018, LIVRO n° 03/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado,

GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

DATA: 17 de outubro do ano de Dois Mil e Dezoito

HORA: 09h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: JANAINA DE LIMA SILVA

Estado civil: solteira RG: 10.023.036 SSP/PE CPF: 117.948.644-74

Sexo: Feminino Nascimento: 10.12.1997 Idade: 20 anos

Naturalidade: Brasileira Naturalidade: Serra Talhada/PB

Profissão: Agricultora Alfabetizado: SIM

Filiação: Josias Pereira da Silva e de Zélia Nunes de Lima Silva

Endereço: Sítio Lagoa de Dentro, Município de Triunfo/PE.

NARRATIVA

QUE, NO DIA 06 DE AGOSTO DE 2018, POR VOLTA DAS 10:30 HORAS, SOFREU UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, NA PB 426 NAS IMEDIAÇÕES DO IF, EM PRINCESA ISABEL/PB, QUE CONDUZIA UMA MOTO HONDA/CG 150 TITAN K3, DE COR VERMELHA, DE FABRICAÇÃO E MODELO 2005/2006, PLACA KLT 8596 PE, CHASSI N° 9C2KC08106R021638, REGISTRADA EM NOME DE JOSÉ RONIVALDO ALVES DE SOUSA, QUE NAS IMEDIAÇÕES DO REFERIDO LOCAL, CONDUZIA A REFERIDA MOTO QUANDO PASSOU O QUEBRA MOLA, BATENDO NA GUIA DE ACOSTAMENTO PERDEU O CONTROLE E DESCONTROLANDO A MOTO CHEGANDO A CAIR AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DE PRINCESA ISABEL, SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE SERRA TALHADA/PE(HOSPAM), QUE APÓS EXAME DE RAIO X, FOI CONSTATADO FRATURA NO FEMUR DO PE ESQUERDO.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante:

Janaina de Lima Silva

10 DEZ. 2018

DELEGACIA DE POLICIA

CIVIL

Polícia Civil do Estado da Paraíba

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AGL: CPF da vítima: 317.948.644-74 Nome completo da vítima: Janeina de Lima Silva

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

Nome completo:	<i>Janeina de Lima Silva</i>	CPF:	317.948.644-74
Profissão:	Agricultora	Endereço:	Sítio Boque da dentro
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	Triunfo
E-mail:		Estado:	PE
		Número:	330
		Complemento:	
		CEP:	56870-000
		Tel (DDRR):	(81) 99932-5938

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO

- REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (037) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que finalizar uma das opções:

Não há IML que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a regras 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 da custo da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.947/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Órgão de Parentesco (com a vítima): Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos vivos: Vítima deixou nascituro (não nascido)? Sim Não Vítima deixou pais/vivos?: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, 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 290 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário que assinou:

Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

Janeina de Lima Silva

(*) Assinatura de quem assina: A. RODRIGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A assinatura é feita em 2018 na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSARIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 06/08/2018

Cod. Prof: 80

Profissional: JOSE BATISTA DA SILVA

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 27277 - JANAINA DE LIMA SILVA

Pront. Local:

Data Nasc.: 10/12/1997

Idade Pac.: 20 Anos, 7 Meses e 27 Dias.

RG:

Endereço: SITIO - LAGOA DE DENTRO

Nº: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Municipio: TRIUNFO

Cartão SUS: 706809709808520

Nome da Mãe: ZELIA NUNES DE LIMA SILVA

Nº da Ficha: 76811

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Data e Hora da Recepção: 06/08/2018 11:50

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Data: 06/08/2018 12:06:

Profissional da Pré-Consulta: 52 - REBECA LEANDRO DE MENEZES

COREN: 2749932-PB

P.A.: ____ mmHg Peso: ____ Kg Temperatura: ____ °C Estatura: ____ cm Per. Cefálico: ____ Per. Torácico: ____ Glicemia: ____ mg/dL

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE PELO SAMU-PI COM DOR E DEFORMIDADE NO MIE APÓS QUEDA DE MOTO

Medicamentos em Uso:

OBS: REALIZADO TILITAL PELO SAMU

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

06/08/2018 12:02:04 JOSE BATISTA DA SILVA

Vitruvo de sacalete de moto com
dor no apoio do lado no coro quando
deixou, fa2/218.

Tensão: 40x80
 Rx de Sinus E SP jaf 12:05
 Injeção de H2 S. Sulfor



comprovação do ato declaratório

encaminhada ao município de origem 13:25h
 equipe de Triunfo.

X

Assinatura do Paciente/Responsável

JOSE BATISTA DA SILVA C.R.M.: 225124-PB

Pág: 1 de 1

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.85-A

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - "CAMPOS BARROS"
 RUA DEL MARCOLINO, 225 - CENTRO - CEP 58750-000 - FONE: (83) 3457-2270
 PRINCESA ISABEL - PB

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
 apresentado. Em testemunho da verdade.
 Princesa Isabel-PB 17/09/2018 11:49:31

Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente
 [2018-003158] END: R\$ 2,37 FARFEN: R\$ 0,28 FCPJ: R\$ 0,47
 SELO DIGITAL: AHA68319-4758

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

10 DEZ. 2018

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANAINA DE LIMA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000039175-1

Nr. Autenticação

BRADESCO13052019050000000002370058600000039175236250 PAGO



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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA

DADOS DO CLIENTE

JOSIAS PEREIRA DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SILAGOADE DENTRO 130

CEP 873722-238-4

CLASSIFICAÇÃO

S2 RURAL
ACROPOLE UMA RUA RURAL
Monte Alegre

Nº DA NOTA FISCAL: 054185562 SÉRIE: UNICA EMISSÃO: 05/10/2018

CONTA CONTRATO 4006754860 MÊS/ANO 10/2018
DATA DE VENCIMENTO: 15/10/2018 DATA PRIMEIRA PAGINA LUSTRO:
TOTAL A PAGAR (R\$) 30,28

如需咨询(广东) 联通 请拨打 10070 或 15640

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Arcoíris/Vh	41.0000000	0,61147380	26,97
Acreamento Bandeira VERMELHA			2,87
ICMS sobre engajão CODE-NF 022600417-0408718			0,18
Multa por atraso-NF 020419877 - 04/08/18			0,48
Multa por atraso-NF 025081030 - 03/08/18			0,45
Juros por atraso-NF 020419877 - 04/08/18			0,03
Juros por atraso-NF 025081030 - 03/08/18			0,18
Ajustação do ICPM-NF 020419877 - 04/08/18			0,02
Ajustação do ICPM-NF 025081030 - 03/08/18			0,11
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (087) 3821-1542			5,00

第六章 | 第二節 水文地圖

Demonstrativo de consumo desta Nota Fiscal

第1章 项目管理

MESIANSKI 2016
GUT16
GET16
AGG16
ZB16
AN16
MSD16
ABR16
MSD16
PYB16
car16
CB2.17
SGV17
SGV17

REFORMA DO BIE

	BASE DE CALCULO	%
ICMS	33,94	25,00
PIS	33,94	0,00
COFINS	33,94	2,00

CELESTE ZAMBONI

de Energie	HS	0,43	10,24%
gasolin	HS	1,03	4,32%
gás (Cópia)	HS	4,91	30,19%
de Energia	HS	1,51	6,23%
o Salarial	HS	1,24	5,30%
	HS	0,82	38,61%

SARIFAH APPLICADAN

Praguejou pôr o nome certo de um dos seus amigos, que era o seu vizinho, o sr. Pedro, e que vivia num apartamento ao lado do seu. Mas este homem não se lembrou de quem era. O sr. Pedro, que era um homem de muita idade, respondeu-lhe: «O sr. Pedro é o meu vizinho, mas eu não me lembro de quem é o seu vizinho.»

АД-СИМБІРСК 2000
Код товара: 00000000000000000000
61400000000000000000
Зарегистровано в реестре
Министерства промышленности и
технологии Казахстана
регистрационный номер
00000000000000000000

Digitized by srujanika@gmail.com

CÓDIGO	VALOR APREENDIDO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	R\$ 0,00	R\$ 77,73	R\$ 21,66	R\$ 42,32
FIC	R\$ 0,00	R\$ 7,87	R\$ 19,34	R\$ 38,68
TINCO	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 33, No. 3, June 2008
DOI 10.1215/03616878-33-3-633 © 2008 by The University of Chicago

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	207	231

1 DEZ. 2018

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AVJOÃO 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
Ouvintoria 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

NADEGE PEREIRA MADUREIRA
CPF: 332.854.464-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DAS MANGUEIRAS 198 CS-
STD ANTONIO/TRIUNFO
56870-000 TRIUNFO 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

05/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

126,14

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

29/08/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

29/08/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

029849274

CONTA CONTRATO

007028290971

Nº DO CLIENTE

2011148129

Nº DA INSTALAÇÃO

9003927749

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BEFC.C4F1.D042.01D3.899A.650D.C05F.47FC

10 DEZ. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILSA FERREIRA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.021.214 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Janaina de Lima Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.948.644 / 74, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Janaina de Lima Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.948.644 / 74, 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	RUA DAS MANGUEIRAS		Número	Complemento
Bairro	Cidade		198	
CENTRO	TRIUNFO		Estado	CEP
Email			Telefone comercial(DDD) (87) 99932-5938	Telefone celular (DDD) (87) 99901-7156

TRIUNFO-PE 06 de dezembro de 2018
Local e Data

Edilza Ferreira de souza
Assinatura do Declarante

1º DEZ. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Ronivaldo Alves de Souza,
RG nº 9.503.858, data de expedição 19/06/12,
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 086.078.524-69, com
domicílio na cidade de Triunfo no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Cafueiro, nº 490,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Janaina de Lima Silva, cujo o condutor era
Janaina de Lima Silva.

Veículo: moto
Modelo: CG 150 Titan KS
Ano: 2005 - 2006
Placa: KLT 8596
Chassi: 9C2KC08186R031638
Data do Acidente: 06/08/18
Local e Data: Tuimundo PE, 10/10/18

X José Ronivaldo Alves de Souza
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)



10 DEZ. 2018

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 06/08/2018

Cod. Prof: 80

Profissional: JOSE BATISTA DA SILVA

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 27277 - JANAINA DE LIMA SILVA

Pront. Local:

Data Nasc.: 10/12/1997

Idade Pac.: 20 Anos, 7 Meses e 27 Dias.

RG:

Endereço: SITIO - LAGOA DE DENTRO

Nº: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Município: TRIUNFO

Nome da Mãe: ZELIA NUNES DE LIMA SILVA

Cartão SUS: 706809709808520

Data e Hora da Recepção: 06/08/2018 11:50

Nº da Ficha: 76811

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Data: 06/08/2018 12:06

Profissional da Pré-Consulta: 52 - REBECA LEANDRO DE MENEZES

COREN2749932-PB

P.A.: ____ mmHg Peso: ____ Kg Temperatura: ____ °C Estatura: ____ cm Per. Cefálico: ____ Per. Torácico: ____ Glicemia: ____ mg/dL

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE PELO SAMU-PI COM DOR E DEFORMIDADE NO MIE APÓS QUEDA DE MOTO

Medicamentos em Uso:

OBS: REALIZADO TILATIL PELO SAMU

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

06/08/2018 12:02:04 JOSE BATISTA DA SILVA

Vitruvo se sente dor no mto com dor no topo do fio na cora operado recente, dia 22/08.

Peso: 40 + AD

Ra de ferro e sp jof 12:25
transferida qd 100 s. Sulhado

Regina Batista de Oliveira
Assinado em Encarnação
COREN-PB 2749932

Encaminhada ao município de origem 13:25h
Equipe de Triunfo.

X

Assinatura do Paciente/Responsável

JOSE BATISTA DA SILVA C.R.M.: 225124-PB

Pág: 1 de 1

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.85-A



10 DEZ. 2018

TRANSFERÊNCIA

Nome: _____
Destino: _____ Data e Hora da Admissão: ____ / ____ / ____ às ____ h
Contato Prévio _____ Data e hora da Transferência: ____ / ____ / ____ às ____ h

HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME CLÍNICO

*Venue ap. ac. de resto cees observaij
no bixx forte dorz em MIE ,*

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA / HORÁRIO

Poxicil 40 xAD

EXAMES REALIZADOS / RESULTADOS

Na de fluminz spo fofo

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

*Problema esomônio qd 1/2 medias do
dor*

OBSERVAÇÕES: _____

CDH 2045

Assinatura e Carimbo do Médico: *[Assinatura]* _____
UPA 24h PRINCESA ISABEL-PB

10 DEZ. 2018