

Data: 29/10/2019
Hora: 16:50:24
SAME:

Pedido: 390716
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG
Unidade Internação:
Atendimento: 530509
Idade: 59a 3m 10d
Sexo: Feminino
Hora: 19:23:47
Dt. Realiz.: 28/10/2019
Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Enfermaria:
Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN

Técnica: - Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a administração de contraste.

Achaods:

- Atenuação e volume normais do fígado e baço.
- Vesícula biliar não caracterizada (cirurgia prévia?).
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas.
- Aorta e veia cava de dimensões normais e contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Rins de topografia habitual, com atenuação, forma, volume e contornos normais, sem evidência de calcificações ou obstrução do seu sistema de drenagem.
- **Bexiga de volume bastante aumentado e distendida (bexigoma).**
- Utero apresentando formações noduliformes com calcificações grosseiras. Achado sugere processo leiomiomatoso.
- **Avaliação óssea mostra fraturas do nono ao decimo segundo arco costal à esquerda, além de fratura no aspecto superior da parede posterior do acetábulo direito.**

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco

CRM: 18107

Data: 29/10/2019
Hora: 16:50:37
SAME:

Pedido: 390716 Atendimento: 530509 Idade: 59a 3m 10d
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE Sexo: Feminino
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS Dt. Realiz.: 28/10/2019
Data da Solicitação: 28/10/2019 Hora: 19:23:47
Convênio: SUS/SIA AMB/URG Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Unidade Internação: Enfermaria: Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX – SEM CONTRASTE

TÉCNICA: Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Achados:

- Opacidades consolidativas com alguns focos fibroatelectásicos em ambas as bases pulmonares. Achado usualmente observado em situações de processo infeccioso em remissão, porém no contexto de trauma, pode corresponder a focos de contusão.
- Não há evidência de derrame pleural.
- As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais.
- Não visualizamos linfonodomegalias ou outras lesões ocupando espaços nos compartimentos mediastinais.
- Traquéia, carina e brônquios principais de calibre e contornos normais.
- Hilos pulmonares anatômicos.
- Aparente fratura da nona costela torácica à esquerda. Não foi possível analisar os segmentos costais mais inferiores.

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco
CRM: 18107

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
FICHA DE EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

Paciente: Amila Silva Clemente

Registro: 121614

Idade: 64

Enf/Leito VERDE - ORTOP.

Data: 29/10/19

VIA DE ALIMENTAÇÃO:

☒ ORAL

Consistência: () Líquida () Líquido-Pastosa () Pastosa () Branda ☒ Normal () Líquidos espessados

Tipo: () Livre ☒ Hipossódica ☒ Hipoglicídica () Hipolipídica () Hepatopata
() IRC Conservador () IRC Dialítico () Laxante () Constipante () SIG

() JEJUM/ ZERO: Justificativa: —

Aceitação da dieta: () Ótima (100%) ☒ Boa (100-75%)
() Moderada (75-50%) () Ruim (<50%)

Intolerâncias/Alergias: —

Alteração de padrão Alimentar: () Redução na quantidade
() Dieta líquida () Dieta líquida sem resíduos

Uso de Terapia Nutricional Oral (TNO): ☒ Não () Sim Tipo: —

Sintomas Gastrointestinais: () Disfagia/Odinofagia () Anorexia () Náuseas/Vômitos () Dispnéia
() Distensão abdominal () Diarréia ☒ Constipação () Sem queixas

Exame Físico: ☒ Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() ENTERAL

Fórmula: () Padrão () Específica

Tipo: () Normo/Normo () Normo/Hiper () Hiper/Hiper () Controle Glicêmico
() IRC Conservador () IRC Dialítico () Cicatrização () Pneumopata
() Hepatopata () Semi-elementar () Elementar
() Módulos: —

Via de Administração: () SNE () SOG () SNG () GTT () JTT Infusão: () BIC () GRAV

Tolerância: () Adequada () Regurgitação () Diarréia () Constipação () Dist abdominal () Hiperglicemia

Volume Dieta: () 30 ml/h () 40 ml/h () 50 ml/h () 60 ml/h () 70 ml/h () 80 ml/h () Outros: —

Total Ofertado: Kcal: — (— Kcal/kg/dia) PTN: — g (— g/kg/dia de proteína)

Volume Água: () 100 ml () 200 ml () 300 ml () Sem Água Horários: —
() Outros: —

Exame Físico: () Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() PARENTERAL: —

NAN: () Terciário ☒ Secundário () Primário

Observações: —

Elisângela Almeida
Nutricionista
CRP 00716

Nutricionista



Pagador MARTA SILVIA CLEMENTE		CPF/CNPJ 493.197.954-87
Endereço RUA NOVA 2000		Bairro CAXANGA (VILA JOSE)
Cidade RIBEIRAO	UF PE	Cep 55520-000
Beneficiário GOONET TELECOMUNICACOES LTDA ME		CNPJ 8221560000188
Endereço RUA DRº GONÇALVES GUERRA 130 CEP: 55813-390		E-mail sac@goonet.com.br
Cidade RIBEIRAO		Fone (81)3621-1447

Extrato da Conta

Assinante MARTA SILVIA CLEMENTE

Usuário marta232@goonet.com.br

Nº Doc. 513203 Valor 46,45

Vencimento 15/03/2020

Período 19/02/2020 à 14/03/2020

Conexões 39

Download 41,961 GB

Upload 1,7685 GB

Tempo Utilizado 277:11:15



Agência/Cód. do Beneficiário 4041/0392294

Nosso número 0000005132037

Extrato da Fatura

MENSALIDADE - 03/2020	39,32
4 DIAS 10 MB CAA/TAM 12	7,13

033-7 03399.03924 29400.000054 13203.701019 5 81950000004645

Local de Pagamento PREFERENCIALMENTE NOS BANCOS SANTANDER					Vencimento	15/03/2020
Beneficiário GOONET TELECOMUNICACOES LTDA CNPJ 8221560000188					Agência/Conta	4041/0392294
Data do Documento	N. Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento		
20/02/2020	513203	DM	N	02/03/2020		
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	Nosso Número	0000005132037
	RCR	R\$			(=) Valor do Documento	46,45
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente) Pagar preferencialmente no banco SANTANDER Após o vencimento multa de 2% e juros de 0,033% ao dia SRº CAIXA, NÃO RECEBER ESTA FATURA APÓS 27 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Desconto	
					(-) Outras Deduções/Abatimento	
					(+) Mora/Multa	
Pagador MARTA SILVIA CLEMENTE CPF/CNPJ 493.197.954-87 RUA NOVA 2000 PX AO CAMPO DE FUTEBOL, CASA DE SILVINHA CAXANGA (VILA JOSE MARIANO) - RIBEIRAO					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	



Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação

RECEITUÁRIO

Monte Silvie Clemente

Lauda Médico

Declaro que a paciente
acima apresentada Fratura
de costelas em consolidação
em acompanhamento
ambulatório.

22/11/19



Dr. Xisto Luna
Urologia
CRM-PE 16.635

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL - NRS 2002

Data: 29/10/19

Paciente: Maria Silva Clemente Registro: 123614
Peso Atual: 64 Peso Habitual: Altura: 1,52 Idade: 59 Leito: VERDE - OBOP

Parte 1 - Triagem Inicial	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5? <u>IMC = 29,0 kg/m²</u>		X
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		X
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?	X	
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		X

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 - Triagem do Risco Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Estado Nutricional			
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
<u>X</u> Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	<u>X</u> Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), Diabetes, Câncer, Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 02 Não Sequalitativo

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Nutricionista

Nutritional Risk Screening - NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar

*Kondrup J, Allison SP, Ellis M, Velaz B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Raslan.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

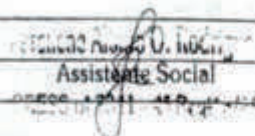
Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

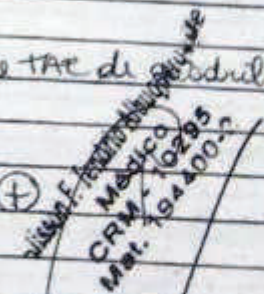
Data/Hora	
30/11/19	#0107011A
17:00h	pac. sob Sinais vitais Est. estável
	DT: S1 Est. cu. satisfatório
	medicamentos prescritos.
	CD: alta na enfermaria
	Sob observação Dr. Cassio
	 30/11/2019
30/11/19	Serviço Social
20:35h	Setor comunicado acerca de alta.
	Realizada Atendimento à família,
	prestadas orientações pós alta e sobre
	seguro DPVAT.
	 Assistência Social CPS nº 0317-011/19

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Marta Silveira Clemente Registro: 32.3614

Clinica: _____ Enfermaria: Vinda - Leito: _____

Data/Hora	* Serviço Social *
23/10/19	Realizada visita ao leito, atendimento
23:35h	social. Pat. acompanhada de filha que refere que a mesma reside com o esposo em Ribeirão, área próxima à Barragem de Saúde. Prestadas orientações das normas e rotinas do hospital, direitos do usuário do SUS e seguro DPVAT.
	 Assistente Social
	# CG #
30/10/19	- Recusita retorno de queda da mesma altura há ± 4h. Queixa de dor em RCE, náuseas, vômitos. # Exame: EcG, exame físico, orientado, auscultação, neurologia, diagnóstico oclusivo, hidratado. ABD = flácido, de consistência normal, sem dor a palpação. EXT = sem restrição de movimentos. # Exame (28/10/19) - TAC de crânio p/ controle: fratura da mesa do osso da base do crânio, fratura posterior do (E) + fratura superior no polo posterior do occipital. - TAC de torax p/ controle: opacidades consolidativas em ambos os campos pulmonares podendo corresponder a focos de contusão; A evidência de derrame pleural apresenta fratura de 9ª costela, torácica a (E). # CDI: 1) Alta de enfermagem, consulta geral. 2) Acompanhamento clíneo (p/ resultado TAC de crânio p/ Dr. Moura). 3) retorno de p/ DM. Data de alta (E)


Médico
CRM - 10295
Mat. 104400-2

C. Gut

the first - school
51-57

on: @univac
3 p.m.

① Dick of Dick

131-57

29/10/19 service social

setor comunicando acerca de ella
interna. filha localizada e orientada
quanto ao seu hospital.

Assistente Social
131-57

02:30



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Interdimento: 530509

Data \ Hora: 28/10/2019 17:59

Senha da Classificação:

0040

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 20/07/1960 Idade: 59 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE

Nome do Pai:

CRM: 14418

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS

Endereço: RUA NOVA

- VILA JOSE MARIA 2000

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: RIBEIRAO PRETO

SP

Usuário Atendimento: GISELEMSS

RG (Identidade): 2532466

SDS/PE

Data de Emissão: 29/09/2011

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49319795487

Fone: 982422064

Cartão SUS: 701007887174891

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Acute attack of chest pain, after food intake, 10 minutes, severe, located in the left chest.

Exame Físico

ECG, normal, no ST-T changes, no arrhythmia.

Hipótese Diagnóstica

Ischemia.

Conduta Terapêutica

Refrain 7 tabs, 100mg, 100mg, 100mg.

Prescrição Médica

ATENDIDO

100mg, 100mg, 100mg.

ATENDIDO

100mg, 100mg, 100mg.

Dr. Emanuel Alencar
Cirurgião Geral
CRM - 18711
Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

28/10 - 22:30 hrs - pt. transportado p/ urg. ver. Evolui em CR, consciente, orientada. Segue a ser cuidada de acordo com a evolução.



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

A Emergência

Receita P/ Emergência

P/ fe ao fêmur +

Col. fêmur

Chamar Após Exame

27.11.19

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Menandro Bezerra de Melo Martins
Cirurgião Geral - CRM 14418
Coordenador de Cirurgia Geral

Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansônio	Revisão: 00

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
- PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -**

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Dr^o(a) _____, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
☐ Assistência clínica: _____
☐ Procedimento: _____ ou
☐ Exame: _____
a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr^o(a) _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Gerlane Maria da Silva RG: 6734889
Data de nasc.: 25 / 11 / 1983 Grau de parentesco: marido

Cabo de Santo Agostinho, 22 de Novembro de 20 19

Gerlane Maria da Silva
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura / Carimbo do médico



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Identificação: 534858
Data e Hora: 22/11/2019 10:30

Senha da Classificação:

0018

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE
Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 20/07/1960 Idade: 59 anos
Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE
Nome do Pai:
Estado Civil: CASADO
Nome do Médico: XISTO PESSOA DE LUNA NETO
Endereço: RUA NOVA
Bairro: CENTRO
Cidade/UF: RIBEIRAO PRETO SP
Usuário Atendimento: MARIANPG
RG (Identidade): 2532466
Data de Emissão: 29/09/2011
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49319795487
Fone: 982422064
Cartão SUS: 701007887174891
Data de Emissão CRN:

CRM: 16635

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Paciente com história de fratura de costelas há ± 20 dias

Exame Físico

MVA em Ait

Hipótese Diagnóstica

Fratura de Costelas

Conduta Terapêutica

TC

Prescrição Médica

TC: Ausência de hemo ou pneumotórax
cd: alta hospitalar

Dr. Xisto Luna
Urologia
CRM-PE 16.635

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/11/2019 09:44



Nome Paciente: MARTA SILVIA CLEMENTE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/07/1960
Sexo: Feminino
Idade: 59 anos
Senha: 0018
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/11/2019 10:12 - 22/11/2019 10:25

ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE ENC. DO AMBULATORIO DE C. GERAL PARA REALIZAR EXAMES

Observação:

REFERE HAS, DM, INSULINA 2X DIA, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. PA 134/97, SAT 97%, FC 83 BPM. HGT=396

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/11/2019 10:25

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 534833

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Data e Hora: 22/11/2019 08:33

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 20/07/1980 Idade: 39 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE

Nome do Pai:

CRM: 14418

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS

-- VILA JOSE MARIA 2000

Bairro: CENTRO

Endereço: RUA NOVA

SP

Usuário Atendimento: SURAMARMS

Cidade/UF: RIBEIRAO PRETO

SDS/PE

Data de Emissão: 29/09/2011

RG (Identidade): 2532468

Fone: 982422064

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49319795487

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

HDA - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

*Doença do Coração
A angina*

EXAME FÍSICO

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: *25/11*

Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

Anotações:

*HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Menandro Bezerra de Melo Martins
Cirurgião Geral - CRM 14418
Coordenador da Cirurgia Geral*
Carimbo/Médico

*25 NOV 2019
HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Jefferson Melo
Faturamento/SAME*

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor (ambulatorio de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 537436

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Data e Hora: 06/12/2019 06:41

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 20/07/1960 Idade: 59 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINE

CRM: 14418

Endereço: RUA NOVA

-- VILA JOSE MARIA 2000

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: RIBEIRAO PRETO

SP

Usuário Atendimento: JAIDETTENS

RG (Identidade): 2532466

SDS/PE

Data de Emissão: 29/09/2011

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49319795487

Fone: 982422064

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

EXAME FISICO

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____ Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

notações:

DM - Hospital Dom Helder Câmara
Menandro Bezerra de Melo Martins
Cirurgião Geral - CRM 14418
Coordenador da Cirurgia Geral

Carimbo/Médico

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação do retorno seja preenchida o setor (ambulatorio de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 830717
Usuário do Atendimento: DAYENESS

Data e Hora do Atendimento: 29/10/2019 18:32
Convênio: SUS - INTERNACAO

Prontuário: 121614

Nome do Paciente: MARTA SILVIA CLEMENTE

Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE

Data do Nascimento: 20/07/1960

Estado Civil: CASADO

CPF: 49319795487

Naturalidade: RECIFE

Carteira Nacional SUS: 701007887174891

Endereço: RUA NOVA

Cidade: RIBEIRAO PRETO

Nome do Pai:

Idade: 59 anos Sexo: FEMININO

RG: 2632466

SDS/PE Data Emissão: 29/09/2011

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Ocupação Habitual: DO LAR

2000 CENTRO

SP

CEP: 14010909

Fone: 982422064

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM CABO STO AGOSTINO

Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTII CRM: 14418

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 16

UOM - Hospital Dom Helder Camara
Cidade: RIBEIRAO PRETO
Estado: SP
Data: 29/10/2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 29/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: ____/____/____ Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Data: 29/10/2019

Hora: 16:50:27

SAME:

Pedido: 390716
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG
Unidade Internação:
Atendimento: 530509
Idade: 59a 3m 10d
Sexo: Feminino
Hora: 19:23:47
Dt. Realiz.: 28/10/2019
Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Enfermaria:
Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN

Técnica: - Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a administração de contraste.

1aods:

- Atenuação e volume normais do fígado e baço.
- Vesícula biliar não caracterizada (cirurgia prévia?).
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas.
- Aorta e veia cava de dimensões normais e contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Rins de topografia habitual, com atenuação, forma, volume e contornos normais, sem evidência de calcificações ou obstrução do seu sistema de drenagem.
- **Bexiga de volume bastante aumentado e distendida (bexigoma).**
- Utero apresentando formações noduliformes com calcificações grosseiras. Achado sugere processo leiomiomatoso.
- Avaliação óssea mostra fraturas do nono ao decimo segundo arco costal à esquerda, além de fratura no aspecto superior da parede posterior do acetábulo direito.

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco
CRM: 18107



Transferência Médica
Secretaria de Saúde/ Cabo de Santo Agostinho
Policlínica Dr. Jamaci de Medeiros



Data: 28/10/19	Hora da solicitação:	Hora saída da unidade:
Nome: Maria Silva Clemente	Idade: 59a	Sexo: F
Senha Central Leito: SP03491	Senha SAMU:	Hospital Destino: Hospital Dom Helder
Hora solicitada: 16:10	Atendente na Central de Ambulância:	Especialidade: Cirurgia Geral
Motivo da Transferência: HD: Trauma Fechado de Abdome.		

Anamnese:

Paciente veio a unidade trazida pela equipe de enfermagem, após relato de queda dentro dos limites onde a paciente estava. DM+.

Foi realizada tomografia escalonada e se deu bom aspecto sem melhora. HGT: 345 mg/dl. Não dispomos de exames de imagem para elucidar a ida com flanco esquerdo

Dr. Orlando Almeida
Médico
CRM-PE 26385

Carimbo e assinatura
Médico que solicita a remoção

precisa do acompanhamento do médico:

☒ não: quem deve acompanhar: Enfermeira: _____ Técnico de Enfermagem: _____

Carimbo e assinatura
Médico que confirma o antes exposto

Para o Médico/Enfermeira/Técnico de Enfermagem que acompanha na remoção:

Motorista:

Evolução do Paciente:

Carimbo e assinatura
Profissional que acompanha a remoção

Fazer duas vias, original na transferência, cópia anexa no prontuário do paciente.
Importante: Especificar se precisa ou não, do médico na remoção.

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/10/2019 17:42

Nome Paciente:	MARTA SIVIA CLEMENTE
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	20/07/1960
Sexo:	Feminino
Idade:	59 anos
Senha:	0040
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 28/10/2019 17:47 - 28/10/2019 17:50

JANDIRA DA ROCHA GUEDES MARCOLINO - COREN: 587256 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADA DA POLICLINICA JAMACI DE MEDEIROS COM SENHA 5803491, RELATO DE QUEDA DENTOR DO ONIBUS, PARA AVALIAÇÃO COM A CIRURGIA GERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA.

Medicamento(s): INSULINA NPH

Observação: HAS -
DM +
ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: JANDIRA DA ROCHA GUEDES MARCOLINO - COREN: 587256 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/10/2019 17:50

Data: 29/10/2019
Hora: 16:50:24
SAME:

Pedido: 390716
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG
Unidade Internação:
Atendimento: 530509
Idade: 59a 3m 10d
Sexo: Feminino
Hora: 19:23:47
Dt. Realiz.....: 28/10/2019
Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Enfermaria:
Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN

Técnica:- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a administração de contraste.

Achaods:

- Atenuação e volume normais do fígado e baço.
- Vesícula biliar não caracterizada (cirurgia prévia?).
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Distribuição habitual de alças delgadas e côlicas.
- Aorta e veia cava de dimensões normais e contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Rins de topografia habitual, com atenuação, forma, volume e contornos normais, sem evidência de calcificações ou obstrução do seu sistema de drenagem.
- **Bexiga de volume bastante aumentado e distendida (bexigoma).**
- Utero apresentando formações noduliformes com calcificações grosseiras. Achado sugere processo leiomiomatoso.
- **Avaliação óssea mostra fraturas do nono ao decimo segundo arco costal à esquerda, além de fratura no aspecto superior da parede posterior do acetábulo direito.**

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco
CRM: 18107

Data: 29/10/2019
Hora: 18:50:37
SAME:

Pedido: 390716 Atendimento: 530509 Idade: 59a 3m 10d
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE Sexo: Feminino
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019 Hora: 19:23:47 Dt. Realiz.: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Unidade Internação: Enfermaria: Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX – SEM CONTRASTE

TÉCNICA: Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Achados:

- Opacidades consolidativas com alguns focos fibroatelectásicos em ambas as bases pulmonares. Achado usualmente observado em situações de processo infeccioso em remissão, porém no contexto de trauma, pode corresponder a focos de contusão.
- Não há evidência de derrame pleural.
- As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais.
- Não visualizamos linfonodomegalias ou outras lesões ocupando espaços nos compartimentos mediastinais.
- Traquéia, carina e brônquios principais de calibre e contornos normais.
- Hilos pulmonares anatômicos.
- Aparente fratura da nona costela torácica à esquerda. Não foi possível analisar os segmentos costais mais inferiores.

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco
CRM: 18107

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

07 R 49



POLEGAR DIREITO



Mariton Silveira Clemente

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2.532.466

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/09/2011

NOME

<< MARTA SILVIA CLEMENTE >>

FILIAÇÃO

<< >>

<< MARIA LÚCIA CLEMENTE >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

20/07/1960

DOC ORIGEM

<< 0745830155 1963 1 00020 141
0010095 52 PRIMAVERA-PE >>

CPF

493.197.954-87

Assinatura do Diretor
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

F-46 26.766 - 3013

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

RENATO
ELINASSO JOAQUIM CAVALCANTI
AUREA MALHEIROS CAVALCANTI

RECIFE-PE

0102808 - SSP/PE
004208 DE BRIGADE 1 101000
NÃO

DATA DE NATURALIZAÇÃO
20/11/1981

030 232 004-55
01 13/04/2012

BRUNO DE MOURA
PREZIDENTE

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10324578

USO OBRIGATORIO
SENTOUSE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
ART. 11 DA Lei nº 8.369/94

RENATO CESAR M. CAVALCANTI

RECIFE-PE

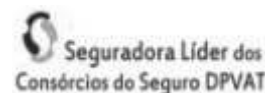
0102808 - SSP/PE
004208 DE BRIGADE 1 101000
NÃO

DATA DE NATURALIZAÇÃO
20/11/1981

030 232 004-55
01 13/04/2012

BRUNO DE MOURA
PREZIDENTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0090401/20

Vítima: MARTA SILVIA CLEMNTE

CPF: 493.197.954-87

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 28/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARTA SILVIA CLEMNTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

MARTA SILVIA CLEMNTE : 493.197.954-87

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: 12/03/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200114071 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARTA SILVIA CLEMNTE **Data do acidente:** 28/10/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COSTELA TORÁCICA À ESQUERDA.
FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA

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: EM TODOS OS 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: 3200114071 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARTA SILVIA CLEMNTE **Data do acidente:** 28/10/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COSTELA TORÁCICA À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA

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: EM TODOS OS 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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: MARTA SILVIA CLEMENTE
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 2.532.466 SDS PE
CPF: 493.797.954-87
Profissão: DESEMPREGADA
Endereço: RUA NOVA Nº 2000, CAXANGÁ, VILA JOSE MARIANO RIBEIRÃO-PE
CEP: 55520-000
Telefone: (81) 99913-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CESAR MALHEIRO CAVALCANTI
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 6662609 SSP PE
CPF: 039.232.004-55
Profissão: ADVOGADO
Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE DE PE
CEP: 54410-070
Telefone: (81) 99913-4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: MARTA SILVIA CLEMENTE

RIBEIRÃO-PE 02/03/2020
Local e data

Marta Silvie Clemente
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Cartório Oficial Único
SERVIÇO NOTARIAL E DE REGISTRO
Ribeirão - PE

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de
(1) MARTA SILVIA CLEMENTE - Ribeirão - PE
02/03/2020, 14:27h. Ao Cartório: R\$3,71 -
TSNR R\$0,82 - FERC R\$0,41 - FERM R\$0,04
- FUNSEG R\$0,08 - Total R\$5,06 Selo(s)
0073791 JWP02202001 00841 - Mariana de
Oliveira Santos Marcelino 2ª Substituta

Rua João Pessoa, 537 - Centro - CEP: 55520-000 - Ribeirão - PE
Fone: (81) 3071-1418 - E-mail: cartorioufficialunico@pe.tribunajus.br
Srl. Eduardo José Lucas de Oliveira - Tabelião e Oficial de Registro Público



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0090401/20

Vítima: MARTA SILVIA CLEMNTE

CPF: 493.197.954-87

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 28/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARTA SILVIA CLEMNTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

MARTA SILVIA CLEMNTE : 493.197.954-87

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: 12/03/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200114071

Vítima: MARTA SILVIA CLEMNTE

Data do Acidente: 28/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARTA SILVIA CLEMNTE

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, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200114071

Vítima: MARTA SILVIA CLEMNTE

Data do Acidente: 28/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARTA SILVIA CLEMNTE

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 22/11/2019, emitido pelo Dr. XISTO LUNA CRM nº 16635 - PE, da Instituição HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

493.197.954-87

Marta Silveira Clemente

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

Nome completo:

Marta Silveira Clemente

CPF

493.197.954-87

Profissão:

Desempregada

Endereço:

Rua Nova

Número

2000

Complemento

Bairro:

Caxanga (Vila Jari)

Cidade:

Ribeirão

Estado

PE

CEP

55520-000

E-mail:

matamalhewor@outlook.com

Tel (DDD)

(81) 99543-4554

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 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 POUANÇA (somente para os bancos ativos. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2529

1

CONTA:

38.392

9

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, um a ser 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.

Fico muito grato(a) à Seguradora LIDER pelo atendimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, tanto durante do sequestro

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Circo 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, incluindo, desde já, 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

Local e Data:

Ribeirão, 04 de março de 2020

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marta Silveira Clemente

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

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

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0109001336**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/02/2020** às **09:35**

OUTROS ACIDENTES - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **28/10/2019** às **13:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101, 1** - Bairro: **PRAZERES** - **JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FÁBRICA DA COCA COLA**
Local do Fato: **ÔNIBUS**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EMPRESA BORBOREMA (AUTOR \ AGENTE)
MARTA SILVIA CLEMENTE (VITIMA)

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

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

MARTA SILVIA CLEMENTE (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA LÚCIA CLEMENTE** Pai: **NÃO DELCARADO** Data de Nascimento: **20/7/1960** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2532466/SDS/PE (RG), 49319795487 (CPF)** Telefones Celulares: **- 81982027402**

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO, 2000, RUA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIBEIRÃO/PERNAMBUCO/BRASIL, POSTO DE SAÚDE**

EMPRESA BORBOREMA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

Complemento / Observação

DECLARA MARTA QUE ENTROU NO ÔNIBUS DA EMPRESA BORBOREMA E QUANDO IA PASSAR PELA CATRACA O MOTORISTA DO CITADO TRANSPORTE COLETIVO DEU UMA FREADA BRUSCA, DE FORMA QUE ELA SE DESEQUILIBROU E CAIU. QUE FOI SOCORRIDA PELO PRÓPRIO MOTORISTA PARA O HOSPITAL. QUE FOI DIAGNOSTICADO MEDIANTE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN, EMITIDA PELO HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA: FRATURA DO NONO AO DECIMO SEGUNDO ARCO COSTAL À ESQUERDA, ALÉM DE

FRATURA NO ASPECTO SUPERIOR DA PAREDE POSTERIOR DO ACETÁBULO DIREITO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Marta Silvia Clemente
MARTA SILVIA CLEMENTE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LIGIA MARIA CORREIA DA SILVA** - Matrícula: **3854884**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

493.197.954-87

Marta Silveira Clemente

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

Nome completo:

Marta Silveira Clemente

CPF

493.197.954-87

Profissão:

Desempregada

Endereço:

Rua Nova

Número

2000

Complemento:

-

Bairro:

Caxanga (Vila Joo)

Cidade:

Ribeirão

Estado:

PE

CEP

55520-000

E-mail:

matamalhewor@outlook.com

Tel (DDD)

(81) 99543-4554

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 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 POUANÇA (somente para os bancos ativos. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2529

1

CONTA:

38.392

9

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, um a ser 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.

Fico muito grato(a) à Seguradora LIDER pelo atendimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou, mesmo, a ser objeto de contestação, tanto durante do seu processo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Circo 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 pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, incluindo, desde já, 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.

Local e Data:

Ribeirão, 04 de março de 2020

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marta Silveira Clemente

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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

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

Data: 29/10/2019
Hora: 16:50:24
SAME:

Pedido: 390716
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG
Unidade Internação:
Atendimento: 530509
Idade: 59a 3m 10d
Sexo: Feminino
Hora: 19:23:47
Dt. Realiz.: 28/10/2019
Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Enfermaria:
Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN

Técnica: - Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a administração de contraste.

Achaods:

- Atenuação e volume normais do fígado e baço.
- Vesícula biliar não caracterizada (cirurgia prévia?).
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas.
- Aorta e veia cava de dimensões normais e contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Rins de topografia habitual, com atenuação, forma, volume e contornos normais, sem evidência de calcificações ou obstrução do seu sistema de drenagem.
- **Bexiga de volume bastante aumentado e distendida (bexigoma).**
- Utero apresentando formações noduliformes com calcificações grosseiras. Achado sugere processo leiomiomatoso.
- **Avaliação óssea mostra fraturas do nono ao decimo segundo arco costal à esquerda, além de fratura no aspecto superior da parede posterior do acetábulo direito.**

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco

CRM: 18107



Pagador MARTA SILVIA CLEMENTE		CPF/CNPJ 493.197.954-87
Endereço RUA NOVA 2000	UF PE	Bairro CAXANGA (VILA JOSE)
Cidade RIBEIRAO		Cep 55520-000
Beneficiário GOONET TELECOMUNICACOES LTDA ME		CNPJ 8221560000188
Endereço RUA DRº GONÇALVES GUERRA 130 CEP: 55813-390		E-mail sac@goonet.com.br
Cidade RIBEIRAO		Fone (81)3621-1447

Extrato da Conta

Assinante MARTA SILVIA CLEMENTE

Usuário marta232@goonet.com.br

Nº Doc. 513203 Valor 46,45 Vencimento 15/03/2020 Período 19/02/2020 à 14/03/2020

Conexões 39 Download 41,961 GB Upload 1,7685 GB

Tempo Utilizado 277:11:15



Agência/Cód. do Beneficiário 4041/0392294

Nosso número 0000005132037

Extrato da Fatura

MENSALIDADE - 03/2020 39,32
 4 DIAS 10 MB CAA/TAM 12 7,13

033-7 03399.03924 29400.000054 13203.701019 5 81950000004645

Local de Pagamento PREFERENCIALMENTE NOS BANCOS SANTANDER					Vencimento	15/03/2020
Beneficiário GOONET TELECOMUNICACOES LTDA CNPJ 8221560000188					Agência/Conta	4041/0392294
Data do Documento	N. Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento		
20/02/2020	513203	DM	N	02/03/2020		
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	Nosso Número	0000005132037
	RCR	R\$				
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente) Pagar preferencialmente no banco SANTANDER Após o vencimento multa de 2% e juros de 0,033% ao dia SRº CAIXA, NÃO RECEBER ESTA FATURA APÓS 27 DIAS DO VENCIMENTO					(=) Valor do Documento	46,45
					(-) Desconto	
					(-) Outras Deduções/Abatimento	
					(+) Mora/Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
Pagador MARTA SILVIA CLEMENTE CPF/CNPJ 493.197.954-87 RUA NOVA 2000 PX AO CAMPO DE FUTEBOL, CASA DE SILVINHA CAXANGA (VILA JOSE MARIANO) - RIBEIRAO					(=) Valor Cobrado	



Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/03
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50150-000
CNPJ 15.835.837/0001-06 (Vale, Ext. 011-953.81) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

CPF: 039.232.004-55

CLASSIFICAÇÃOB3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551
AP-01FRIEDADE/PAZES
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54410-010

CONTA Nº FISCAL	SERIE	PERÍODO
07001347	ONCA	23/09 A 19
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FATURA
23/09/2019	2015535230	1847219

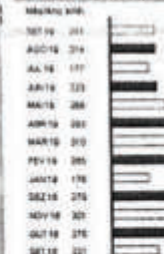
CONTA CONSUMO	MES ANO
7025325626	09/2019
DATA DE REGISTRO	DATA DE VENCIMENTO
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	215,30

DEFINIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	211,000000	0,77952320	164,47
Acréscimo Bandeira VERMELHA			11,87
Contrib. Rum. Pública Municipal			37,81
ICMS Substituição COE-NF 07001347-24/10/19			1,15
TOTAL DA FATURA			215,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
08183213	CAI	21-08-2019	9.380,00	23-09-2019	9.174,00	30	1.000,00		211,00

ANÁLISE DE CONSUMO**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO TRIBUTOS
ICMS	176,44	6,50	11,47
PIS	176,44	0,65	1,15
COFINS	176,44	3,00	5,30

Composição do Consumo

	QTD	VALOR	%
Geração de Energia	95	80,87	37,5%
Transmissão	95	8,11	3,8%
Distribuição/Perdas	95	27,22	12,6%
Perdas de Energia	95	11,88	5,5%
Energia Substituída	95	6,99	3,2%
Outros	95	10,24	4,7%
Total	95	176,44	100%

TAXAS E TAXAS

Consumo Ativo (KWh)

0,34333333

RESERVAÇÃO FISCAL

30P B 500 400 ECCO A2-B 3100 550 FFB3

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague esta nota fiscal dentro do prazo de validade, sob pena de incidência de multa de 0,5% (cinco por cento) por dia de atraso. O valor devido deve ser pago para o Banco do Brasil S.A. em nome de: Companhia Energética de Pernambuco - C.E.P.E. - CNPJ 15.835.837/0001-06. O valor devido deve ser pago para o Banco do Brasil S.A. em nome de: Companhia Energética de Pernambuco - C.E.P.E. - CNPJ 15.835.837/0001-06. O valor devido deve ser pago para o Banco do Brasil S.A. em nome de: Companhia Energética de Pernambuco - C.E.P.E. - CNPJ 15.835.837/0001-06.

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	211,00	164,47	11,87	37,81
PIS	1,15	5,30	1,15	5,30
COFINS	5,30	1,15	5,30	1,15

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	211,00	164,47	11,87	37,81
PIS	1,15	5,30	1,15	5,30
COFINS	5,30	1,15	5,30	1,15

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	211,00	164,47	11,87	37,81
PIS	1,15	5,30	1,15	5,30
COFINS	5,30	1,15	5,30	1,15

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	211,00	164,47	11,87	37,81
PIS	1,15	5,30	1,15	5,30
COFINS	5,30	1,15	5,30	1,15

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	211,00	164,47	11,87	37,81
PIS	1,15	5,30	1,15	5,30
COFINS	5,30	1,15	5,30	1,15

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 COAF**².

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 Renato Ceán M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marta Lúvia Clemente inscrito
(a) no CPF sob o Nº 493.197.954 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura inculpidez da Vítima
Marta Lúvia Clemente inscrito (a) no CPF sob o Nº 493.197.954 / 87 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>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		Número <u>1551</u>	Complemento <u>sala 01 - Térreo</u>
Bairro <u>Piedade</u>	Cidade <u>Jalisco dos Guararapes</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email <u>renatomalheiros@outlook.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>-</u>		Telefone celular (DDD) <u>(81)99543-4554</u>

Recife, 04 de março de 2020
Local e Data

Renato Ceán M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante