

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 19-11-2019 22:51

Nome Paciente: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Cód. Paciente: 577615
Data de Nascimento: 20/03/1996
Sexo: Feminino
Idade: 23
Senha: A0235
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1299130
SAME: 

Período: 19-11-2019 22:52 - 19-11-2019 22:53

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Alergia(s):

- NEGA ALERGIAS -

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDA PELOS BOMBEIROS COM HISTORIA DE ATROPELAMENTO POR CARRO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE E MMII + DOR EM MIE.
NEGA SINCOPE E VOMITOS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

CONSULTORIO (CLÍNICA GERAL)

Sinais Vitais Lidos:

- ESCALA DE GLASGOW: 15

- REGUA DE DOR: 5

- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância

Observação

- NEGA ALERGIAS

COMPAS
 J. C. MATHIEIRA
 RA 115, A V. 1, ADE DES COFAMO - RUA JARDIM
 MOURA, 115, A V. 1, ADE DES COFAMO - RUA JARDIM
 Dr Marcello Silveira
 115, A V. 1, ADE DES COFAMO - RUA JARDIM

Acolhido(a) por: DEBORA DE ALMEIDA PEREIRA - COREN: 497275 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 16-12-2019 10:44

Data Impressão: 16-12-2019 10:44

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Paciente: 0000577615 JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Nascimento: 20/03/1996 23 Anos 8 Meses 26 Dias Sexo:
Atendimento: 01299130 Data Atendimento: 19/11/2019 22:55

RECEITUÁRIO MÉDICO

USO ORAL

CETOPROFENO 100mg ----- 1 caixa

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12H POR 5 DIAS

LISADOR ----- 1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8H, SE DOR

Recife, 16 de Dezembro de 2019

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA
CRM: **SILVA**
21731

IPAS
D. ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA
MÉDICO GERAL
(Assinatura)
Dr. Marcelino Silveira
MÉDICO GERAL

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Prescrição.: 1832098 Data: 19/11/2019 23:49
Usuário....: ANDERSONADOS
Atendimento: 1299130 Dt Nasc: 20/03/1996 (23a 8m 28d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente....: 577615 - JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/11/2019 22:55 0 Dias(s) int
Médico.....: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM 21731
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	RX PERNA ESQUERDA A.P. / PERFIL ; Exame: 331518	1					[19/11] 23:49
2	RX PE ESQUERDO A.P. / OBLIQUO ; Exame: 331518	1					[19/11] 23:49

UPA IMBIRIBEIRA
U.P. IMBIRIBEIRA
RUA DO RIO JACAREPANGA, 100 - JACAREPANGA - SÃO PAULO - SP
MÉDICO RESPONSÁVEL

Dr. Marcello Silva

Paciente: 0000577615 JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Nascimento: 20/03/1996 23 Anos 8 Meses 26 Dias Sexo:
Atendimento: 01299130 Data Atendimento: 19/11/2019 22:55

Queixa Principal / História

DOR EM PERNA E PÉ ESQUERDO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO
NEGA VOMITOS, PERDA DE CONSCIENCIA OU CERVICALGIA
APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

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

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

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

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) T Alt. (cm) SAT O₂

18

Handwritten signature and stamp:
IPAS
Unidade de Pronto Atendimento
Marechal Mascarenhas de Moraes
Dr. Marcelo Silveira

Paciente: 0000577615 JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Nascimento: 20/03/1996 23 Anos 8 Meses 26 Dias Sexo:
Atendimento: 01299130 Data Atendimento: 19/11/2019 22:55

Tempo da Doença *
2 Horas

Acesso à UPA *
Bombeiro Militar

Nível de Consciência *
Vigil / Alerta

Vulnerabilidade Social*
Ausente

Queixa Principal / História:

PACIENTE 23 ANOS, SEM COMORBIDADES PRÉVIAS, TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS, COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ CERCA DE 2 HORAS, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, SEM EPISÓDIOS EMÉTICOS, SEM CEFALÉIA. REFERE DOR EM NARIZ E EM PERNA E PÉ ESQUERDOS. NO MOMENTO, PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, SATURANDO 99% EM AR AMBIENTE. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NEGA OUTRAS QUEIXAS.

AO EXAME:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, ANICTÉRICA, ACIANÓTICA, AFEBRIL AO TOQUE.
ACV: RCR EM 2T, BNF S/S FC: 90 BPM
AR: MV + EM AHT, S/RA FR: 18 IRPM
ABO: SEMIGLOBOSO, FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO PROFUNDA.
EXT: PULSOS SIMÉTRICOS E PALPÁVEIS. DOR À PALPAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES ESQUERDO.

EXAME NEUROLÓGICO: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓPICAS E FOTORREAGENTES.
Infecção Otorrinolaring: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐
CS: 1) SINTOMÁTICOS ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐
2) ALTA DA CLÍNICA MÉDICA + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Observações:

EXAME FÍSICO

EG Bom Hidratado Anictérico Sem Edemas Corado
Nutrido Eupnéico Afebril Acianótico

Observações: Avaliação Cardio Vascular
⊙ Não Examinado: ○ Normal ○ Alterada:

Observações: Avaliação do Aparelho Respiratório
⊙ Não Examinado: ○ Normal ○ Alterada:

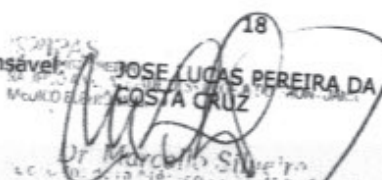
Observações: Avaliação Neurológica
⊙ Não Examinado: ○ Normal ○ Alterada:

Observações: Avaliação Aparelho Digestivo
⊙ Não Examinado: ○ Normal ○ Alterada:

Observações: Avaliação Aparelho Locomotor
⊙ Não Examinado: ○ Normal ○ Alterada:

Observações: Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas
SGU: ⊙ Não Examinado: ○ Normal ○ Alterada:
ORL: ⊙ Não Examinado: ○ Normal ○ Alterada:
Pele: ⊙ Não Examinado: ○ Normal ○ Alterada:

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) TEMP SATO2 HGT

Médico Responsável: 
JOSE LUCAS PEREIRA DA COSTA CRUZ
Dr. Marcelo Simões

Cremepe: 28133

DECLARAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

CAC-01

POLEGAR DIREITO

JOYCE DE CASSIA B. DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.724.607 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/06/2012

NOME << JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOÃO SEVERIANO BARBOSA DA SILVA >>
<< CARLA MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 20/03/1996

DOC. ORIGEM << 076018 01 55 1996 1 00013 227
0132954 11 RECIFE PE >>

CPF 702.683.434-70

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 115 DE 29/08/83

F-50 53.336 - 41

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040091/20

Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 702.683.434-70

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 19/11/2019

Titular do CPF: JOYCE DE CASSIA
BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

32000 48189

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA : 702.683.434-70

545261

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: 29/01/2020

Nome: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 702.683.434-70

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos
Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048189 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 19/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES DIFUSAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

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: 3200048189 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 19/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES DIFUSAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040091/20

Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 702.683.434-70

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 19/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOYCE DE CASSIA
BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA : 702.683.434-70

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: 29/01/2020
Nome: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
CPF: 702.683.434-70

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048189

Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048189

Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

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.

A documentação médica anexada, datada de 20/11/2019, emitida pelo Dr. ILEGÍVEL, CRM nº 0 - PE, da Instituição UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **402.683.434-70 JOYCE DE CÁSSIA BARBOSA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **JOYCE DE CÁSSIA BARBOSA DA SILVA** 6 - CPF: **402.683.434-70**
7 - Profissão: **SER DE LIMPEZA** 8 - Endereço: **RUA CORBELIA** 9 - Número: **38** 10 - Complemento: **'A'**
11 - Bairro: **DORROES** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **50640-710**
15 - E-mail: **8398316130683983161306** 16 - Tel.(DDD): **83983161306**

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **1028** CONTA: **9852698988**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **RECIFE, 28 DE JANEIRO 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0096000058**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2020** às **17:32**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia
19/11/2019 às **21:38**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ENGENHEIRO ABDIAS DE CARVALHO, 01** - Bairro:
CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEICULO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOYCE DE CASSIA
BARBOSA DA SILVA

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

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CARLA MARIA DA SILVA** Pai: **JOÃO SEVERINO BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **20/3/1996** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8724607/SDS/PE (RG), 70268343470 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **SERVENTE DE LIMPEZA** Residencial: **RUA CORBELIA, N° 38 A, TORRÕES, RECIFE/PE. - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DE VEICULO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE NO LOCAL ACIMA MENCIONADO ESTAVA NO ACOSTAMENTO QUANDO FOI ATROPELADA POR UM VEÍCULO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, POR CONTA DE ESTAR DESPISTANDO DA LEI SECA. SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA.

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

X JOYCE DE CASSIA B DA SILVA

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **402.683.434-70 JOYCE DE CÁSSIA BARBOSA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **JOYCE DE CÁSSIA BARBOSA DA SILVA** 6 - CPF: **402.683.434-70**
7 - Profissão: **SER DE LIMPEZA** 8 - Endereço: **RUA CORBELIA** 9 - Número: **38** 10 - Complemento: **'A'**
11 - Bairro: **DORROES** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **50640-710**
15 - E-mail: **8398316130683983161306** 16 - Tel.(DDD): **83983161306**

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **1028** CONTA: **9852698988**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RECIFE, 28 DE JANEIRO 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **JOYCE DE CÁSSIA B. DA SILVA**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001383 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^a). JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA, 23 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8724607 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 702.683.434-70, residente à RUA CORBELIA, nº 38, A, TORROES, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/11/2019, por volta das 21:38 hs, no endereço: AVENIDA ABDIAS DE CARVALHO, XXX, TORRÕES RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo PREJUDICADO, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^a) JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 702.683.434-70 e Registro Geral nº 8724607, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB BM 710302-6 ABELARDO. Foi transportado(a) para o UPA IMBIRIBEIRA. Registrado(a) com o prontuário nº 1299130. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 20/12/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001383

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
157-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ZIDETE MARIA DA SILVA CPF: 358.533.284-68 NIS: 12196951235	DATA DE VENCIMENTO 27/11/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 20/11/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 20/11/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 085665002	CONTA CONTRATO <u>001364317014</u> Nº DO CLIENTE 2000813359 Nº DA INSTALAÇÃO 0007243039
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA CORBELIA 38 A TORRÕES/RECIFE 50640-710 RECIFE PE	RESERVADO AO FISCO F86E.0CCD.E1DE.7005.B29D.970C.33D9.F587		
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			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19327691	5,79
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,05
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,30
TOTAL DA FATURA			6,14

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	6,14	0,92	0,05
				6,14	4,25
					0,26

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18329450	kWh	
		NOV 19	30
		OUT 19	30
		SET 19	30
		AGO 19	30
Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 96, Resolução ANEEL 414/2010.		JUL 19	30
		JUN 19	30
		MAI 19	30
		ABR 19	30
		MAR 19	30
		FEV 19	30
		JAN 19	30
		DEZ 18	30
		NOV 18	30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003181516317	CAT	21/10/2019	0,00	20/11/2019	0,30	30	1,00000	0,30	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/12/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	4,92	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	5,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 12,22			
EU\$D-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,86					

Todo Consumidor pode solicitar a auditoria dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! diglittus gráfica: avenida general san martin cordeiro / multimarcas: rua
norte do fevereiro torresista completa em www.celpo.com.br.*

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês

Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2. do RICMS-PE.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 12,25.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial

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

DESTAQUE AGIR				TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	
001364317014	11/2019	0,00	27/11/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA