

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190499508 **Cidade:** Santa Terezinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190499508 **Cidade:** Santa Terezinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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 ASE: **319049950P** 3 - CPF da vítima: **132.916354-00** 4 - Nome completo da vítima: **MARIA JACQUEMA DOS SANTOS**

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

5 - Nome completo: **MARIA JACQUEMA DOS SANTOS** 6 - CPF: **132.916354-00**

7 - Profissão: **RETIRO** 8 - Endereço: **SITIO VIDEO** 9 - Número: **263** 10 - Complemento: **CABA.**

11 - Bairro: **AREA RURAL** 12 - Cidade: **BREJINHO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56740-000**

15 - E-mail: **torquiao.dpvat@gmail.com** 16 - Tel. (DDD): **(83) 9131-7273**

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: **3296** CONTA: **986213 099** 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SANTA TEREZINHA-PE, 17/07/2019**

João Evangelista dos Santos Maria Jacuema dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: MARIA JACIELMA DOS SANTOS, CPF 132.916.354-00 e RG 10.236.508, Órgão emissor SDS-PE, Est. Civil REUJO, profissão REUJO, Endereço SITIO VIDEO, 263 bairro AREA RURAL cidade de BREZINHO - PE, CEP nº 56240-000.

OUTORGADO: JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.886.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às 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, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

VÍTIMA: MARIA JACIELMA DOS SANTOS, CPF: 132.916.354-00, data acidente 16 / 09 / 2018, cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Local e data:

Santa Terezinha, 17/07/2019

Maria Jacielma dos Santos
*João Evangelista dos Santos
OUTORGANTE

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA
Titular: HUGO ARAÚJO MONTEIRO
Telefone: (87) 3859-1395

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA JACIELMA DOS SANTOS. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. SANTA TEREZINHA/PE, 17/07/2019. EMOLUMENTOS: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91. 0139897.ZQY07201902.00051

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



**Cartório Registral e Notarial
de Santa Terezinha - PE**
Dr. Hugo Araújo Monteiro
Tabelião e Registrador
Rua Professor Afonso Ferreira Neto, Nº 112, Centro
Santa Terezinha - PE - CEP: 56.750-000

26 AGO. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293793/19

Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

CPF: 132.916.354-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 16/09/2018

Titular do CPF: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA : 081.886.574-17

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

MARIA JACIELMA DOS SANTOS : 132.916.354-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: MARIA JACIELMA DOS SANTOS
CPF: 132.916.354-00

MARIA JACIELMA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293793/19

Número do Sinistro: 3190499508

Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

CPF: 132.916.354-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/09/2018

Titular do CPF: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

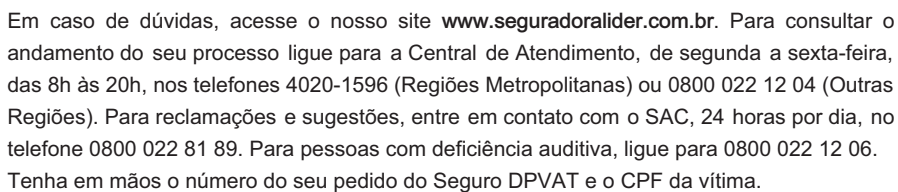
Data da entrega: 28/08/2019
Nome: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA
CPF: 081.886.574-17

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190499508

Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JACIELMA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **MARIA JACIELMA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001296**

Conta: **000986217093-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190499508

Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JACIELMA DOS SANTOS

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

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:

332916354-00

MARIA JAQUEMA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA JAQUEMA DOS SANTOS 6 - CPF: 332916354-00
7 - Profissão: FEUÃO 8 - Endereço: SÍTIO VIDEO 9 - Número: 263 10 - Complemento: (N/A)
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: BREGIMHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: JOTAQUEMA.DPVAT@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (83) 99131-7273

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3296 CONTA: 986217093 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA TEREZINHA-PE, 17/07/2019

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 172ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA TEREZINHA
- DP172ªCIRC DINTER2/20ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0262000361

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/08/2019 às 18:03

ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos

(Consumado) que aconteceu no dia 16/9/2018 às 13:00

Natureza Jurídica: REGISTRO PARA SEGURO DPVAT

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SANTA TEREZINHA, 01, SÍTIO

LAGOA DE MISAEL - Bairro: CENTRO - SANTA

TEREZINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)

GENEILSON SOUZA SILVA (OUTRO)

MARIA JACIELMA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

MARIA JACIELMA DOS SANTOS

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

MARIA JACIELMA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: FemininoMãe:

ANGELITA ALVES DE SOUZA SILVA Pai: GENECI NUNES DA SILVA Data de

Nascimento: 9/7/2002 Naturalidade: SANTA TEREZINHA / PERNAMBUCO /

BRASIL Documentos: 10216508/SDS/PE (RG), 13291635400 (CPF) Estado Civil:

AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão:

AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:

- 12997128992

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJINHO, 01, SÍTIO VIDEO - CEP: 55000-

000 - Bairro: CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: DesconhecidoNaturalidade: NÃO

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SANTA TEREZINHA, 01 - CEP: 567500000 -

Bairro: CENTRO - SANTA TEREZINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

26 AGO. 2019

GENEILSON SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ANGELITA ALVES DE SOUZA SILVA Pai: GENECI NUNES DA SILVA Data de
Nascimento: 15/10/1996 Naturalidade: IMACULADA / PARAIBA / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJINHO, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GENEILSON SOUZA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JACIELMA DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX Objeto
apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: NXV9800 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 228848644
Chassi: 9C2KC1610AR050822
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

QUE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A SENHORA
MARIA JACIELMA DOS SANTOS PARA NOTICIAR QUE FOI VITIMA DE
ACIDENTE DE TRANSITO NA CIDADE DE SANTA TEREZINHA-PE NO DIA
16/09/2018. QUE IA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA CG150,
VERMELHA, PLACA NXV9800, NO SENTIDO SANTA TEREZINHA PARA
BREJINHO, NO SITIO LAGOA DE MISAEEL, ONDE PERDEU O EQUILIBRIO
CAINDO AO CHÃO. QUE POPULARES SOCORRERAM-NA E A LEVARAM
PARA O HOSPITAL CLOTILDES DE FONTE RANGEL, NA CIDADE DE
BREJINHO, APRESENTANDO SEGUNDO DECLARAÇÃO DESTE HOPITAL
FRATURA EM MEMRBO INFERIOR DIREITO, LOGO EM SEGUIDA SENDO
CONDIZIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL HEMILIA CAMARA DE
AFOGADOS DA INGAZEIRA, CONFIRMADA A FRATURA FOI CONDUZIDA
PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA PARA
FAZER O PROCEDIMENTO CIRURGICO.

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

Maria Jacielma dos Santos
MARIA JACIELMA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUAN ALVES VIEIRA - Matrícula: 3875431



26 AGO. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

332.916.354-00

MARIA JAQUEMA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA JAQUEMA DOS SANTOS 6 - CPF: 332.916.354-00
7 - Profissão: FEUÃO 8 - Endereço: SÍTIO VIDEO 9 - Número: 263 10 - Complemento: (N/A)
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: BREGIMHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: JOTAQUEMA.DPVAT@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (83) 99131-7273

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3296 CONTA: 986217093 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA TEREZINHA-PE, 17/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO

Eu, Mauricio Cristian Santos Leite, brasileiro, natural de Brejinho – PE, portador do RG.: 8258144 **DECLARO**, para os devidos fins de direito, que a senhora Maria Jacielma dos Santos deu entrada nesta unidade hospitalar – Hospital Clotildes de Fonte Rangel – às 13h40min do dia 16/09/2018, vítima de acidente motociclistico, e apresentava, à época, fratura em membro inferior direito. Depois de avaliada na unidade, a mesma foi encaminhada ao hospital regional Emilia Câmara, em Afogados da Ingazeira - PE.

Por ser verdade, firmo o presente para que surte seus efeitos legais.

Brejinho, 02 de julho de 2019.

Maurício Cristian Santos Leite
Diretor Administrativo
CPF: 099.042.034-58

Assinatura do Responsável

26 AGO. 2019

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade: H.R.E.C/HARI SUS 898004040499737		Data: 16.09.18			
PACIENTE	Nome: Maria Jacilma dos Santos			Nº da Ocorrência 67			
	Residência: Sítio Vidal - Brejinho - PE			Telefone 991027487			
RESPONSÁVEL	Nome: Maria Irene de Jesus Santos (Mãe)			Telefone: 991027487			
	Residência: _____			NOTIFICADO			
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		estudante	<input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.	09 07 2002	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input checked="" type="checkbox"/> UF	NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR
						10216508	SDS/PE
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA		ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO		SAÍDA		CHEGADA 15:25 H MIN		<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	
<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		CHEGADA		SAÍDA		<input type="checkbox"/> CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares		
MÁX.:	MIN.:		AXILAR:	RENAL			
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas					Rx da coxa D.		
Paciente sofreu trauma no coxo D, com dor, edema e deformidade da tibia.					Confere com o médico		
					Tratamento		
					- Tala coxa - plástica		
					- SF. 0.91 - 1000 ml		
					- Hipótese - comp		
					- Ditolil 1 comp		
Destino Dado ao Paciente					Impressão Diagnóstica		
<input checked="" type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado					Fratura da diáfise do fêmur D.		
Encaminhado							
Removido							
Óbito às _____ H _____ Min. do					Licença Concedida		
Dia _____					Dr. Francisco E. Leão Jr. Ortopedia e Traumatologia PE 11.923		
Encaminhado ao IML ()					Assinatura - Carimbo - CRM / CRO		

Unidade de Origem: Hospital Regional Carlos Gomes.
Paciente: Maria Jacelma dos Santos, 76 anos.
Registro:
Dados Clínicos: Paciente sofreu trauma na coxa D,
em 20/08/2018, idosa e dependente.
Exames Complementares / Resultados:
RX da coxa D.

Hipótese Diagnóstica: Fratura distal do fêmur D.

Conduta Adotada: Transferência para cirurgia

Justificativa do Encaminhamento: Não dispor de estrutura.

Encaminhamento Para: Ortopedista
Agosto 3, 16/09/18
Data

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.988
RMT 11.488
Nome CRM

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

Local: Na Unidade de Origem ☐
Na Unidade de Referência ☐
Outro Serviço ☐

Nome CRM

Data



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital São Vicente

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital São Vicente

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Jocelyn Des Santos

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8980040410499737

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/07/2002

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☒ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Irene De Jesus Santos

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Vidua, 214

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Brejo Santo

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

P: 65167140000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fosforilose por deficiência MID, defici-
ência por deficiência por 7, polifasia
de proteína e Superfície funcional
MID

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

CPF: 056-38- CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603
Médico Autorizador

12
02

26 AGO. 2019

261350504038-6
18109 9 2110912

Imprimir Segunda Via de Conta

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

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



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

DADOS DO CLIENTE

MARIA IRENE DE JESUS SANTOS
CPF: 052.303.394-03

DATA DE VENCIMENTO

14/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

26,11

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

07/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
07/08/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL
072405193

CONTA CONTRATO

007000012488

Nº DO CLIENTE
2010021091Nº DA INSTALAÇÃO
0000455291

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI VIDEO 263
PO O

RURAL/AMBO
56740-000 BREJINHO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

986E.9468.F57B.CE6A.315A.3136.2CE1.10B5

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	59,00	0,43561143	25,70
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,69
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,57
Multa por atraso-NF 068719898 - 08/07/19			0,61
Juros por atraso-NF 068719898 - 08/07/19			0,04
Atualização IGPM-NF 068719898 - 08/07/19			0,04
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
Compensação DIC Trimestral 02/19			0,01
Compensação DMIC 06/19			2,51
TOTAL DA FATURA			26,11

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	26,96	0,74	0,19	26,96	3,42	0,92

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Ativo(kWh)	9,41749908			kWh
		AGO 19		59
		JUL 19		52
		JUN 19		57
		MAI 19		59
		ABR 19		46
		MAR 19		61
		FEV 19		56
		JAN 19		51
		DEZ 18		62
		NOV 18		62
		OUT 18		75
		SET 18		56
		AGO 18		58

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	12,65	46,92
Transmissão	1,27	4,71
Distribuição (Celpe)	7,70	28,56
Encargos Setoriais	1,81	6,71
Tributos	1,11	4,12
Perdas de Energia	2,42	8,98
TOTAL	26,96	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MG24460	CAT	08/07/2019	11.453,00	07/08/2019	11.512,00	30	1,00000	0,00	59,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jun/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	SAO JOSE DO EGITO	15,53	11,16	22,32	44,65
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,67	15,34	30,68
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		15,53	6,88	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,37					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia boa saúde: r. jose gomes centro / maria apseceda maciel marques: rua joao ruces 157
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,d,do RICMS-PE.
Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 8,11 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 58/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007000012488	08/2019	26,11	14/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838900000005 261100110074 000012488100 140958050738



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

26 AGO. 2019

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 027.243.372



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO
RUA ANTONIO BARRETO 41
PATOS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/451385-9

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

28/06/2019

CONSUMO

44

VENCIMENTO

05/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 36,54

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/07/2019

Pagador: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO CNPJ/CPF: 081.736.954-66

RUA ANTONIO BARRETO 41 - MONTE CASTELO - PATOS / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número

Nr Documento

Data Vencimento

Valor do Documento

Valor Pago

26249120003286585

000451385201906

05/07/2019

R\$ 36,54

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

26 AGO. 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083886574 / 17, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MANA JACIELMA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 132916354 / 00,

do sinistro de DPVAT cobertura ANUALEZ da Vítima MANA JACIELMA DOS SANTOS.

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 132916354 / 00, 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>RUA ANTONIO BARNETO</u>	Número: <u>41</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>MONTE CASTELO</u>	Cidade: <u>PAROIS</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>JOAOBAPTISTA@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>58707-180</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 991317273</u>

Local e Data: PAROIS-PB, 17 DE JULHO DE 2019.

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, GENEILSON SOUSA SILVA,
RG nº 9 472 070, data de expedição 30/04/2012
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 336.756.544-41,
com domicílio na cidade de BREJINHO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO VIDEO, nº 5N,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MARIA JACIELMA DOS SANTOS, cujo o condutor era
MARIA JACIELMA DOS SANTOS.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CEISO TITAN MIX 15 Ano: 2010
Placa: NXV 9800 Chassi: 9C2KC1610AR050822
Data do Acidente: 16/09/2018.

Local e Data:

Santa Terezinha, 17/07/2019

*GENEILSON SOUSA SILVA

Assinatura do Declarante

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

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA

Titular: HUGO ARAÚJO MONTEIRO
Telefone: (87) 3859-1395

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GENEILSON SOUSA SILVA. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. SANTA TEREZINHA/PE, 17/07/2019. EMOLUMENTOS: R\$ 3,49 TSNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 PERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91 0159897.UPE07201902.00050

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Cartório Registral e Notarial
de Santa Terezinha - PE

Dr. Hugo Araújo Monteiro
Tabelião e Registrador
Rua Prefeito Afonso Ferreira Neto, Nº 112, Centro
Santa Terezinha - PE - CEP: 55.750-000

26 AGO. 2019



DECLARAÇÃO

Eu, Mauricio Cristian Santos Leite, brasileiro, natural de Brejinho – PE, portador do RG.: 8258144 **DECLARO**, para os devidos fins de direito, que a senhora Maria Jacielma dos Santos deu entrada nesta unidade hospitalar – Hospital Clotildes de Fonte Rangel – às 13h40min do dia 16/09/2018, vítima de acidente motociclistico, e apresentava, à época, fratura em membro inferior direito. Depois de avaliada na unidade, a mesma foi encaminhada ao hospital regional Emilia Câmara, em Afogados da Ingazeira - PE.

Por ser verdade, firmo o presente para que surte seus efeitos legais.

Brejinho, 02 de julho de 2019.

Maurício Cristian Santos Leite
Diretor Administrativo
CPF: 099.042.034-58

Assinatura do Responsável

26 AGO. 2019

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade: H.R.E.C/HIAT SUS 898004040499737		Data: 16.09.18	
PACIENTE	Nome: Maria Jacilma dos Santos			Nº da Ocorrência: 67	
	Residência: Sítio Vidul - Buginhos - PE			Telefone: 991027487	
RESPONSÁVEL	Nome: Maria Irene de Jesus Santos (mãe)			<div style="text-align: center;"> NOTIFICADO <small>VEN</small> </div>	
	Residência: _____				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS </div> <div> estudante </div> <div> <input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. </div> <div> 09/07/2002 </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO </div> <div> PE UF </div> </div>		DOCUMENTO DE IDENTIDADE			
				NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR
				10216508	SDSIPE
PACIENTE CHEGOU <input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		AMBULÂNCIA / HORA SAÍDA CHEGADA	PACIENTE / HORA CHEGADA 15:25 H ____ MIN ____ SAÍDA	ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		
MÁX.: _____	MIN.: _____	_____	AXILAR: _____ RENAL: _____		
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas Paciente sofreu trauma no membro superior direito, com dor, edema e deformidade do 1º c. b.			Exames Complementares		
			Rx do m. d. Confere com o médico DL		
			Tratamento		
			- Tala com gesso - SF 0,9% - 1000ml - Hiposm - 1mg - Dilatil 1mg 16:20 IV. 128086-PE		
Destino Dado ao Paciente <input checked="" type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado Encaminhado _____ Removido _____			Impressão Diagnóstica		
			Fratura do rádio do fêmur D.		
Óbito às ____ H ____ Min. do Dia ____ Encaminhado ao IML ()			Licença Concedida _____ <div style="text-align: right;"> Dr. Francisco E. Melo Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM 11.923 </div>		

Unidade de Origem: Hospital Regional Carlos Gomes.
Paciente: Maria Jacelma dos Santos, 76 anos.
Registro:
Dados Clínicos: Paciente sofreu trauma na coxa D,
em 20/08/2018, idosa e dependente.
Exames Complementares / Resultados:
RX da coxa D.

Hipótese Diagnóstica: Fratura distal do fêmur D.

Conduta Adotada: Transferência para cirurgia

Justificativa do Encaminhamento: Não dispor de estrutura.

Encaminhamento Para: Ortopedista
Agosto 3, 16/09/18
Data

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.988
RMT 11.488
Nome CRM

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

Local: Na Unidade de Origem ☐
Na Unidade de Referência ☐
Outro Serviço ☐

Nome CRM

Data



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital São Vicente

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital São Vicente

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Jocelyn Des Santos

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8980040410499737

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/07/2002

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☒ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Irene De Jesus Santos

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Vidua, 214

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Buenópolis

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

7165167140000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fosforilose periferica MID, deficiencia de protease para 7, mutação de protease e Superfície fosforilase MID

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

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

Asprota e Ape Relat

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fosforilase periferica para 7

24 - CID 10 PRINCIPAL

5723

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

transfusão

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04081050519

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antonio Roberto de Freitas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

CPF: 056-38- CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

261350504038-6

() CNS

() CPF

12

26 AGO. 2019

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

18109 9 2110912

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA

MÉDICO SOLICITANTE:
FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR

DATA DA SOLICITAÇÃO:
17/09/18 07:48

Nº SOLICITAÇÃO:
489193

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
MARIA JACIELMA DOS SANTOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
898004040499737

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
MARIA IRENE DE JESUS SANTOS

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
SÍTIO VIDEL, ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
PESQUEIRO

DATA DE NASCIMENTO:
09/07/2002

Nº DO PRONTUÁRIO:

SEXO:
FEMININO

TELEFONE DE CONTATO:
8797128992

COD. IBSI MUNICÍPIO:
2401800.00

UF:
PE

CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:
18/09/18 13:53

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
ADRIANO CAVALCANTE SAMPAIO

TIPO LEITO:
CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
18/09/18 12:55

MÉDICO AUTORIZADOR:

Maria Jacielma dos Santos.
COREN: 353116.

Unidade de Origem: Hospital Regional Exílio Amora.

Paciente: Maria Jaceline dos Santos, 16 anos.

Registro:

Dados Clínicos: Paciente sofreu trauma no membro D, com dor, edema e deformidade.

Exames Complementares / Resultados:

RX do membro D.

Hipótese Diagnóstica: Fratura distal do fêmur D.

Conduta Adotada: Transferência para cirurgia.

Justificativa do Encaminhamento: Não disponibilidade de atendimento.

Encaminhamento Para: Ortopedista.

Assinado: 3, 16/09/18

Data

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 15.944 SEOT 11.923

Nome CRM

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

Exames Complementares:

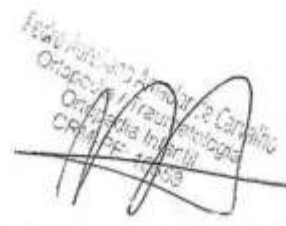
Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:


Local: Na Unidade de Origem ☐
Na Unidade de Referência ☐
Outro Serviço ☐

Nome CRM

Data

Data Atend: 18/09/2018	Atendimento: 0000594	Quarto/leito: 305 / B
Paciente: 00005339 - MARIA JACIELMA DOS SANTOS		
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:
OSTEODISINTOSE FEMUR ①		0408050519
Dr. 19/09/18	Início:	Término
Cirurgião: PEDRO A.		
1º Auxiliar: ANDRÉ B		
2º Auxiliar:		
Anestesista:		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: ① PETE EM ODM ② ABERTURA / ANTITRUSION ③ ABERTURA CAMPOS ESTERILIZADOS ④ INCISÃO LATERAL COXA ① ⑤ ABERTURA POR PLANOS ⑥ REDUÇÃO CALCANTEA ⑦ FIXAÇÃO CI PARA PCL 4.5 ⑧ LAVO E JFOLIO. ⑨ SUTURA + CURATIVO		
		 Assinatura do Cirurgião

Hospital São Vicente

Data Atend: 18/09/2018		Atendimeto: 0000594		Quarto/leito: 305 / 2	
Paciente: 00005339 - MARIA JACIELMA DOS SANTOS					
Data Nasc: 09/07/2002		Idade: 16 Anos		Sexo: Feminino	
Profissão:		Naturalidade: SERRA TALHADA		Estado Civil: Solteiro	
Nome Pai:		Nome Mãe: MARIA IRENE DE JESUS SANTOS		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Endereço: SI VIDEO, 214		- ZONA RURAL		- BREJINHO - PE	
Telefones: (87) 9990.8007 / (87) 9999.99999 / ()					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Transito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Culicídio ()		Casual ()		Outros ()	
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Fofoqueira perfurada MID, debr- uculosee persistentemente para o, pedhi- doe de pericardial e suprateneu- fueruical MID</i>					
Diagnostico Inicial: <i>Episteme Infese ferd</i>					
SADT:					
Diagnostico Final:					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada ()		Descição Medica ()			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferencia ()			
Obito + 48h ()		Evasão ()			
Obito - 48h ()		Indisciplina ()			
Obito em ____/____/____					
Hora : _____					
		Data do Internamento: <i>18,09/18</i>			
		Data da Alta: <i>21,09/18</i>			
		Local: _____			
		 Antonio Rodrigues de Freitas CRM 7361 CPF: 058.652.003-25 Medico Responsável			

NOME
JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
7092913 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO
081.886.574-17 06/02/1989

FILIAÇÃO
JOSE VALERIANO DE LIMA
MARIA LUZINETE BATISTA
DE LIMA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04295047969

VALIDADE
09/02/2023

1º HABILITAÇÃO
15/02/2008

OBSERVAÇÕES

Jose Otacilio Batista de Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
05/03/2018

Assinatura
Assinatura do Emissor

41615542015
PB036270164

PARAÍBA

26 AGO. 2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 10.216.508	DATA DE EXPEDIÇÃO 09/07/2015
NOME « MARIA JACIELMA DOS SANTOS »	
FILIAÇÃO « JOÃO EVANGELISTA DOS SANTOS » « MARIA IRENE DE JESUS SANTOS »	
NATURALIDADE BREJINHO - PE	DATA DE NASCIMENTO 09/07/2002
DOIS LUGARES « CN.2039-1-A02-F.210V-CART » BREJINHO-PE 15.07.2002 »	
CPF 132.916.354-00	
Assinatura do Diretor	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
415023982409104641.6482376	F-67 66.022 - 3113

28 AGO. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE PERNAMBUCO	02R14
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO	
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO DE PERNAMBUCO	
	
Maria Jacielma dos Santos	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014800713940

VIA 1
DDD-RENAVAM 228848644
R.M.T.R.C. 2019
EXERCÍCIO 2019

NOME
GENTILSON SOUZA SILVA

CIDADE
BREJINHO-PE

PLACA
EXV9800

CPF/CNPJ
116.756.544-41

CHASSI
7CZKCL610ARD50R22

PLACA ANT. / UF
***** AE

COMBUSTÍVEL
ALCO/CASOL

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLISTA

ANO FAB. 2019
ANO MOD. 2010

MARCA/MODELO
HONDA/CG150 TITAN MIX ES

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

CAP. POT. / CL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS
1* *****
2* *****
3* *****

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)
80.11

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)
84.58

DATA DE PAGAMENTO
09/02/19

SEM RESERVA
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL
BREJINHO
Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

DATA
20/02/19

