Hospital e Maternidade Virgínia Colaço Dias

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME: Anderson Alberto Reis de Andrade Lima

DIAGNÓSTICO: Trauma expte de 5º quirodáctilo (E).

PROCEDÊNCIA: POMBOS

DESTINO DO PACIENTE: Hosp. Regional do Agreste - Caruaru
Trauto-ortopedia 5233230

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Pct, 21 ano, com história de queda do nível há ± 1 hora, com trauma expte de 5º quirodáctilo. Luxação visível, nega perda de consciência. Sem queda na posição de plantão. Não dispõe de Rx no momento. Solicito avaliação de caso clínico com especialista.

DATA 12/08/17

95.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 NOV. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Angelina Luna
Médica
CRM-PE 24.976

ASSINATURA DO MÉDICO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 344633 **Prontuário:** 277402

Nome: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Data Nasc.: 14/06/1996 **Idade:** 21 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:** 706501365348899
Endereço: SITIO GONSALVES FERREIRA
Bairro: ZONA RURAL **Nº:** 700
CEP: 55002970 **Fone:** 98954900 **Cidade:** CARUARU **Estado:** PE
Nome da Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA **Profissão:**
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO **Data:** 13/08/2017 00:39 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:
Fratura exposta de 5º PDD.

Exame Físico:
PA:_____ FC:_____ FR:_____
Lesões contusocortantes

Diag. Provisório:
Fratura exposta de falanges distal 1º 5º PDD.
EQ: eletrólitos 1º OD FA ⊖ AM, EU
⊖ SAT SOODES, FALTA
⊖ tomografia 2oz ⊖ BM

Prescrição:
Dieta:

Data		Horário
	Dr. Silas Rocha Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 2310	
	Dr. Silas Rocha Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 2310	
	95.802.494/0001-4 TRIÊNIO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 14 NOV. 2017 Rua da Aurora, Nº 125, S) 902 BL C Boa Vista CEP: 50.060-010 RECIFE-PE	

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES: 2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Cristiano Gilberto F. de Arruda Lima

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 277402

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 0 6 5 0 1 3 6 5 3 9 8 8 0 0

8 - DATA DE NASCIMENTO: 14/06/96

9 - SEXO: Masc. [X] 1 Fem. [ ] 3

10 - RAÇA/COR:

11 - NOME DA MÃE: Maria Lúcia Neves de Arruda Lima

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 9 8 9 Nº DO TELEFONE 5 4 9 0 0

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Sítio Gonçalves Ferreira, 700 - Zona Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Caruaru

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Pós 5º PDD

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Avaliação pós PDD

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta de fêmur D/A 5º PDD

24 - CID 10 PRINCIPAL:

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Cirurgia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

29 - CLÍNICA: Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgente

31 - DOCUMENTO: ( )CNS ( )CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Alex Neto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 13/08/17

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 23703

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ EMPRESA: 95.802.494/0001-51 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

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:

48 - DOCUMENTO: ( )CNS ( )CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Av. Nº 175, Sl 907 BL C, Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE-PE

14 NOV. 2017

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuario da Internação
MARIAESM
344759

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 13/08/2017 15:24 Atendimento: 344759 Nº AIH:

Nome: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA Prontuário: 277402
Data Nasc.: 14/06/1996 Idade: 21 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 706501365348899
Endereço: SITIO GONSALVES FERREIRA Nº: 700
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55002970 Fone: 98954900 Profissão:
Nome da Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA
Nome do Conjuge:
Nome:
Parentesco: RG: Fone:

2 - Internar Para

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO Leito: CORREDOR - EMERG ADULT
Diagnostico Inicial
(Constante do Laudo Médico): CID:
Procedimento Solicitado: CÓD.:
Procedimento Realizado: CÓD.:

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

( ) MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
( ) DIÁRIA DE UTI
( ) DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
( ) VACINA ANTI RH
( ) USO DE DERIVADOS DE SANGUE
( ) USO DE PRÓTESE, ORTESE
( ) USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO
( ) USO DE OXIGENADORES
( ) NUTRICÃO PARENTERAL

5 - Historia Clinica

05.802.494/0001-44 -
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 NOV. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 Ed-E
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
13/08/2017 15:24		

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE:

ALA: ENF REG. LEITO:

ITEM	MEDICAMENTO – POSOLOGIA – VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIO
01	DIETA LIVRE	
02	JELCO HIDROLISADO	
03	TILATIL 20MG: 01 AMP + AD IV 12/12H S/N	
04	DIPIRONA 500MG/ML: 01 AMP + AD EV 6/6 H	
05	CLEXANE 40MG SC 24/24H	
07	SSVV + CCGG	
08	AGUARDA VAGA NA ENFERMARIA	

05.009.473/0001-01
TRANSAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
16 NOV. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Alfredo Melo Marques
Ortopedia
CRM-PE 2689

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Solicitação de Diária de Acompanhante

Laudo Médico / Serviço Social

Nome do Paciente: Anderson Albert Mear de Lima
Data de Nascimento: 14.06.1996 **Registro:**
Setor: Verde - ort. **Leito:**
Nome do Acompanhante: Maria Cesar Neves

Justificativa Médica:

Tássio Tabosa
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 19862
13 NOV 2017

Data: / / **Assinatura e Carimbo do Médico**

☐ **Acompanhante para pacientes assegurados por Lei: Menor de Idade, Idoso ou Deficiente**

35.002.494/0001-97
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 NOV. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 907 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Justificativa Social:

Maria Aparecida da Silva
Assistente Social
CRESS-PE

Data: 13/08/17 **Assinatura e Carimbo da Assistente Social**

RX

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Regional do Agreste
Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Unidade de Saúde: Anderson Alberto Neves de Arruda Lima

Nome do Paciente: ANDERSON ALBERTO Enfermaria: Leito: Registro Nº: 277402

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO	06:00	12:00	18:00	24:00
13/08/17		(1) Dieta oral livre (2) Dipirona 1g ⊕ 6/6h (3) Dipirona 1g ⊕ 6/6h (4) Cefazolina 1g EV, imediato (5) SVD ⊕ CCGB Dr. Alex Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 23103	S.N.D 6/6 (12) 18. 6/6 (12) 18. 6/6 06. Rotina	TEMP. 24. 06. DIURESE 24. 06. SNG P.A DRENAGEM TORÁCICA DRENOS KHER				

05.602.494/0003-41
INAYÁ CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 NOV. 2007
Rua da Aurora Nº 175, SL 902 BLOC
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável

IMPRESSÃO DA FICHA DO PACIENTE

-- Identif. --

Nome : ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Endereco : SITIO GONÇALVES FERREIRA Codigo: 6648
Telefone :
Celular : 8199895.490 Fax:
Bairro :
Cidade : Caruaru Cep: -
Data.Nasc: 14/06/1996 Idade: 21 anos e 2 meses Estado: PE
Natural :
Cor : E-mail:
Est.Civil: Solteiro(a) Sexo: Masculino Ocupação: Sangue:
Indicado : Corresp: Não Enviar
Médico : PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
Prim.Cons: 15/08/2017 Ult.Cons:
RG : Retorno:
CPF : 11302565451
Mãe :
Respons. : Pai:
Fone:

Convênio Matricula Validade

Observações

-- Cirurgias --

Cirurgias:

15/08/2017:
Procedimento : - FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DISTAL DO 5TO QDD + LESÃO UNGUEAL
Hospital : SEMPRE SAÚDE
Equipe :
DR PABLO THIAGO (CIRURGIÃO)

Descrição :
ASSEPSIA+ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS
BLOQUEIO LOCAL COM XYLESTESIN SEM VASO
REALIZADO EXERESE DA UNHA
VISUALIZADO FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DISTAL
REDUÇÃO INCRUENTA
IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SORO FISIOLOGICO
RECONSTRUÇÃO DO LEITO UNGUEAL
SUTURA
CURATIVO.

Dr. Pablo T. C. de Albuquerque
MÉDICO
CRM 15.172

...DO 404/0001-41
...TRAÇÃO CORRETORA
... DE SEGUROS LTDA
14 NOV. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Sempre Saúde
SERVIÇOS MÉDICOS E OCUPACIONAIS

LAUDO MÉDICO:

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA, CPF 113.025.654-51, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DO 5TO QUIRODACTILO DIREITO COM LESÃO UNGUEAL, REALIZADO EXERESE DA UNHA E RECONSTRUÇÃO DO LEITO UNGUEAL.

CID 10 : S62.6 + S60.1.

Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO
CRM 15.172
22 de Agosto de 2017

Dr. Pablo T. C. de Albuquerque

05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

0012

Comprovante de residência

NOME: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF: 9284112 SDS PE

CPF: 113.035.654-51

DATA NASCIMENTO: 14/06/1996

FILIAÇÃO: CARLOS ALBERTO DE LIMA
MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

PERMISSÃO: [redacted]

ACC: [redacted]

CAT. HAB.: AB

Nº REGISTRO: 06325023309

VALIDADE: 19/12/2019

Nº HABILITAÇÃO: 18/03/2015

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

12221066674

OBSERVAÇÕES: Exerce Ativ.Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CARUARU - PE

DATA EMISSÃO: 21/03/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

04014658030
PE072047690

PROIBIDO PLASTIFICAR

12221066674

297.402

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE/ÓRG.EMISSOR/UF
9000356 SDS/PE

CPF
039.170.084-80

DATA NASCIMENTO
30/01/1978

FILIAÇÃO
severino pimenino da silva
margarida rosinosina da silva

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
06279302663

VALIDADE
22/02/2018

1ª HABILITAÇÃO
13/01/2015

OBSERVAÇÕES
Sem observações

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
15/01/2016

92956760602
PE070989150

DETRAN-PE/PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
12197192 52

PROIBIDA PLASTIFICAR
12197192 52

95.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

-0007-

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013099992355

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	496025674	**********	2017

NOME: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA
CARUARU-PE

CPF / CNPJ	PLACA
027.599.334-58	PE36763

PLACA ANT / UF	CHASSI
******* /PE	9C2KC0805GR102060

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR160 BROS ESD	2010	2011

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2017 QUITADO		1ª ******** 2ª ******** 3ª ********

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
1	**********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL: CARUARU
DATA: 27/01/17

Charles Andrews Souza Ribeiro
DIRETOR EXECUTIVO DETRAN/PE

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013099992355 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CARUARU-PE — EXERCÍCIO: 2017 — DATA EMISSÃO: 27/01/17

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	027.599.334-58	PE36763

RENAVAM	MARCA / MODELO
496025674	HONDA/NXR160 BROS ESD

ANO FAB.	CATMAR	Nº CHASSI
2010	AB	9C2KC0805GR102060

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

OBSERVAÇÕES - GUARDE O BILHETE DPVAT
PAGO NO PRAZO OBRIGATÓRIO.

05.802.694/0001-4
TRANSAÇÃO CONSULTORIA
DE SEGUROS LTDA

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170613193
Cidade: Pombos
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Data do acidente: 12/08/2017
Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta em mão esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à pericia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170613193
Cidade: Pombos
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Data do acidente: 12/08/2017
Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da falange distal do 5° quirodáctilo esquerdo com lesão ungueal.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa de dor no 5° quirodáctilo esquerdo. Ao exame: rigidez em extensão do 5° quirodáctilo esquerdo

Resultados terapêuticos: Quadro submetido à osteossíntese com fios de Kirschner.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Nº Sinistro: **3170613193**
Vitima: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**
Data do Acidente: **12/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170613193.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Sinistro: **3170613193**
Vítima: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**
Data do Acidente: **12/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170613193** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ***ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA*** **Sinistro:** ***3170613193*** **Data:** ***12/08/2017***

Endereço do(a) Examinado(a): ***VI GONÇALVES FERREIRA, 700 - GONÇALVES FERREIRA - Caruaru - PE - CEP 55105-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***sds /PE***] ***9284112***

Data local do exame: [***13/12/2017***] ***Caruaru*** [***PE***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta da falange distal do 5° quirodáctilo esquerdo com lesão ungueal. Vítima queixa de dor no 5° quirodáctilo esquerdo. Ao exame: rigidez em extensão do 5° quirodáctilo esquerdo

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Quadro submetido à osteossíntese com fios de Kirschner.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31o da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
5º quirodáctilo esquerdo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa (***X***) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	113.025.654-51	Anderson Alberto Neves de A. Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Anderson Alberto Neves de Arruda L.		CPF titular da conta: 113.025.654-51	Profissão: Autônomo
Endereço: VI Gonçalves Ferreira		Número: 700	Complemento: Casa
Bairro: Gonçalves Ferreira	Cidade: Garanhuns	Estado: PE	CEP: 55105-000
Email: Rose-silva.seguros@hotmail.com			Telefone (DDD): (81) 99285-3008

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 0051 DV: (informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 00082758- DV: 4 (informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO.:
AGÊNCIA NRO.: DV: (informar dígito se existir)
CONTA NRO.: DV: (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Garanhuns 12 de Novembro de 2017
Local e Data

05.802.494/0001-42
CRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 NOV. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE PE

Anderson Alberto Neves de Arruda Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

05.802.494/0001-47
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Policia Civil
88ª Circ
Distrito de Caruaru

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0045005262

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/09/2017** às **10:58**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **12/8/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE POMBOS, 1** - Bairro: **CENTRO**
POMBOS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (OUTRO)
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na guarda da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

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

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

ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA** Pai: **CARLOS ALBERTO DE LIMA** Data de Nascimento: **14/8/1996** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Residencial: **SITIO GONÇALVES FERREIRA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Proximo a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 788, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
14 NOV. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Recife - PE

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDERSON ALBERTO NEVES DE**

ARRUDA LIMA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFS6768** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **9C2KD0540DR192059**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

Complemento / Observação

A VITIMA PROCUROU ESTA DEPOL PARA NOTICIAR QUE AO CONDUZIR, PELO LOCAL DO FATO, A REFERIDA MOTO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DIANTEIRO DA MOTO DERRAPOU, QUE A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE ENCAMINHARAM A VITIMA PARA O HOSPITAL VIRIGINIA COLAÇO DIAS/PONTOS/PE, DE ONDE A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HRA/CARUARU, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº 144633, ONDE TEVE O PRONTO ATENDIMENTO, SEM MAIS, FEZ CIENTE ESTA DEPOL.

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

Anderson Alberto Neves de Arruda Lima
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ LEONARDO BORGA DE LIMA** - Matrícula: **221711-2**

Polícia Civil
4ª DEL
88ª Circunscrição
Recife

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Documento de Identificação

Eu, Anderson Alberto Silva de Araújo Lima, portador da carteira de identidade nº 3284112 e inscrito no CPF/MF sob o nº 113.025.654-51 residente e domiciliado na VI Gonçalves Ferreira, Cidade Paranamirim, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Anderson Alberto Silva de Araújo Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Paranamirim, 13 de Outubro de 2017

Local e data

05.002.433/0001-31
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Hospital e Maternidade Virgínia Colaço Dias

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME: Anderson Alberto Reis de Andrade Lima

DIAGNÓSTICO: Trauma expte de 5º quirodáctilo (E).

PROCEDÊNCIA: POMBOS

DESTINO DO PACIENTE: Hosp. Regional do Agreste - Caruaru
Trauto-ortopedia 5233230

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Pct, 21 anos, com história de queda de moto há ± 1 hora, com trauma expte de 5º quirodáctilo. Luxação óbvia, nega perda de consciência. Sem queda na posição de flexão. Não dispõe de Rx no momento. Solicito acompanhamento em caráter clínico com especialista.

DATA 12/08/17

Ana Idalina Lima
Médica
CRM-PE 24.976

ASSINATURA DO MÉDICO

01.002.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
14 NOV. 2017

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000082758-4

Nr. da Autenticação 72F3E30289A42F8A

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0905543-93 | www.celpe.com.br

Documento de Identificação

CARLOS ALBERTO DE LIMA

CPF: 599.457.374-49

GONCALVES FERREIRA/GONCALVES FERRE
CARUARU PE
55103-000

RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO: 7000508305
REFERÊNCIA: 07/2017

Nº da Nota Fiscal	Série	Emissão	Data de Vencimento	Data Prevista Próxima Leitura
000.000.000	OUCA	06/07/2017	12/07/2017	04/08/2017

Apresentação	Nº do Cliente	Nº da Instalação	Total a Pagar (R$)
06/07/2017	7010173403	4126331	91,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo Ativo(kWh)	170,000000	0,715999573	85,00
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,69
Contribuição Iluminação Pública			4,11
ICMS Subvenção-FDE-HF 03027435-0406617			0,69

TOTAL DA FATURA 91,28

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº do Medidor	Tipo de Leitura	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
		05-06-2017	11.025,00	04-07-2017	11.145,00	30	1,00000		120,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	85,49	25,00	21,37
PIS	85,49	1,40	1,20
COFINS	85,49	6,55	5,60

TARIFAS APLICADAS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	34,29	39,98%
Transmissão	R$	2,93	3,56%
Distribuição (Celpe)	R$	18,01	21,07%
Perdas de Energia	R$	6,35	7,57%
Encargos Setoriais	R$	7,13	8,34%
Tributos	R$	26,46	30,97%
Total	R$	85,41	100%

3,4002000

DEMONSTRATIVO FISCAL
E029 BC0E 3 66E6 8232 CE68 1170 3938 6E55

Documento de Identificação

05.802.494/0001-43
FRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

celpe neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/4

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0035943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

CPF: 828.482.994-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RICARDO PILAR 332

SAO FRANCISCO/CARUARU
CARUARU PE
55000-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
0820850017	10/2017	25/10/2017	138,92

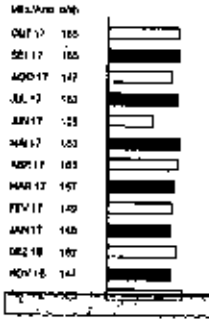
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	165,00000000	0,70148029	115,74
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,82
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,78
Contribuição Iluminação Pública			12,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 001935424-17/08/17			1,04
Multa por atraso-NF 001935424 - 17/08/17			2,02
Juros por atraso-NF 001935424 - 17/08/17			0,81
Atualização IGPM-NF 001935424 - 17/08/17			0,07

SAIBA DA FATURA - DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL 138,92

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
31304031141	CAI	18-09-2017	6.387,00	18-10-2017	6.552,00	30	1,00000		165,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)



BASES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	122,42	18,00	22,04
PIS	122,42	1,13	1,42
COFINS	122,42	5,26	6,54

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	28,14	20,57%
Transmissão	R$	3,91	2,86%
Distribuição (Celpe)	R$	29,83	21,81%
Perdas de Energia	R$	7,80	5,70%
Encargos Setoriais	R$	7,80	5,70%
Tributos	R$	33,54	24,52%
Tarifa Aplicada	R$	1,22,42	100%

Consumo Ativo(kWh) 0,70148029

DEMONSTRATIVO DO PIS/COFINS

8924 ED56 A681 7EB3 6F81 408F 7436 B42C

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Previsão de chuva e bandeira amarela e vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. Sua leitura de faturamento está abaixo da média. Ajuste seu consumo quando não estiver usando os equipamentos ligados ou do início da tomada de fornecimento. Pague as faturas pela internet, lotéricas, bancos e correspondentes bancários. Ligue 116 para informações e reclamações. Consulte o Balanço Energético no site. O Cliente é responsável pelo consumo registrado pelo medidor e por eventuais irregularidades.

[redacted]

05.502.104/0001-4
RRETORA
OS LTDA
2017
75, SL 902 BL. C
CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO	TRIMESTRE APURADO	LIMITE REGULAR	LIMITE PRECÁRIO	LIMITE ANUAL
DEC	CARUARU	out/2017			
FEC		0,00	8,19	10,38	20,77
DMIC		0,00	3,17	6,35	12,70
		0,00	3,94	0,00	0,00

Lei 9.074/95, Art. 3, Inc. VIII, Alínea "a" e "b" - Portaria Nº 046/2000 - Resolução Nº 024/2000 - Resolução Nº 062/2000

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE INFERIOR (V)	TENSÃO MEDIDA (V)	LIMITE SUPERIOR (V)
220	200	231	

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
0820850017	10/2017	25/10/2017	138,92

83840000001-4 36920011000-5 82085001710-1 09598100573-6

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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 Rosilene Margarida da Silva inscrito (a) no CPF 029170.884 - , 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anderson Alberto Nunes A. L. inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.025.654 51, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Anderson Alberto Nunes de Araújo L. inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.025.654 51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Autônomo Renda: Recusa e apresento os documentos comprobatórios: Não possui

☒ 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		Número	Complemento
Rua Ricardo Pilar		332	-
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
São Francisco	Caruaru	PE	-
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
Ros.silva-seguros@hotmail.com		(81) 9.9285-3008	

Caruaru, 12 de Novembro de 2017
Local e Data

05.802.494/0001-4
CORRETORA DE SEGUROS LTDA
16 NOV. 2017
Rua Gervásio Nº 175, Sl 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE PE

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário d

Eu, Maria Lúcia Neves de Arruda Lima,

RG nº 5.595.210, data de expedição 9/8/2007 Orgão SDS
portador do CPF nº 027.599.334-58, com Domicílio na
cidade de Caruaru, no Estado de PE, onde
residio na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Gonçalves Ferreira,
nº 700, complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Anderson Alberto Neves de Arruda Lima,
cujo o condutor era Anderson Alberto Neves de Arruda Lima.

Veículo: motocicleta
Ano: 2012/2013
Modelo: Honda/NXR 150 BROS ESD
Placa: PES 6768
Chassi: 9C2KD0540DR102080
Data do acidente: 12-08-2017

Local e data: Caruaru 22 de Agosto de 2017

Maria Lúcia Neves de Arruda Lima
Assinatura do Declarante – Proprietário (a)
(Assinar e Reconhecer a Firma por Autenticidade)

Anderson Alberto Neves de Arruda Lima
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO Bel. OSMOR TOSCANO
R. dos Expedicionários, 112 - Nova Caruaru dos Doses - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone/Fax (81) 3721-1733 - Fax (81) 3721-2118
Reconheço por autenticidade a firma de MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA; dou fé.
Selo: 0073718.LRK08201703.01503
Caruaru/PE, 22/08/2017 11:36:41. Em testº da verdade.
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol R$ 3,88 - TSNR R$ 0,78 - Total R$ 4,66 Op.: 23
Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

05.802.494/0001-01
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
24 NOV. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Cartório do 3º Ofício Candice Caruaru