



Número: **0000736-22.2020.8.17.3250**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Santa Cruz do Capibaribe**

Última distribuição : **16/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE HENRIQUE DA SILVA (AUTOR)		JECIANE DO NASCIMENTO FERREIRA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64085 290	02/07/2020 15:44	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
 TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL
 TSE

ROSEMERIE FORMOSINA DA SILVA

CPF: 5274229-899-PE

DATA NASCIMENTO: 11/01/1973

CILIAÇÃO: SEVERINO FIRMINO DA SILVA
 LVA: MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA

IP REGISTRO: 03911655618

DATA: 26/12/2022

VALIDADEZ: 18/08/2006

PERMISSÃO: C

DATA EMISSÃO: 05/01/2018

LOCAL: CARUARU, PE

PERNAMBUCO

PREMIDO PLASTIFICAR 1560914109

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1560914109

ROSEMERIE FORMOSINA DA SILVA

ASSINATURA DO CANDIDATO

ASSINATURA DO TITULAR

85442030988

75654630



ORTOP

AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU.



LAUDO MÉDICO (DPVAT)
JOSÉ HENRIQUE DA SILVA
CPF: 112.914.734-75

PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM FRATURA COMPLEXA EM TÍBULA ESQUERDA, NA DATA 21/10/2019, TRATADA CIRURGICAMENTE COM MATERIAL DE SINTESE

EVOLUI COM MARCHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO DE FLEXO- EXTENSÃO EM ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO.

LIMITAÇÃO DE 80 %

REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

ALTA EM 09/01/2020

CID - 10: S82.3

CARUARU 09 DE JANEIRO 2020

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPEDICO
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO
CRM 15582 - TEOT 13985

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582 - TEOT 13985
TITULAR SECTOELTOLASAMI





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JOSE HENRIQUE DA SILVA** nascido em 28/10/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 21/10/2019 por volta das 13h10min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de NOVEMBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

Jose Ademir Pereira
DIRETOR
Rodovia PE 160, SN - Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE
MAT. 069043

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**



01

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5994 CEP: 55190-000

Verey

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0280026 21/10/2019 13:10:08 Código: 0177742
 Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA SUS: 162313593370003
 Sexo: MASC D. Nasc.: 28/10/1994 Idade: 25 ANOS
 RG: CPF:
 Profissão:
 Filiação: Mãe: JOSELIA SILVA
 Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
 Endereço: R=- JOAO OLEGARIO DO NASCIMENTO 27
 Bairro: ARMANDO ALEIXO Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
 Estado: PERNAMBUCO CEP: Fone:

Pressão Arterial: 50 x 100 mmHg Pulso: 102 bpm
 Temperatura: _____ Peso: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

*Trameteu em 10/10/19
 acidente automobilístico - fratura
 punho do membro superior direito*

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

*Fratura 1 amp + 50,4% 200 ml (10g)
 Do costado 1 amp + 100 ml (10g)*

Condução:

Kátia C. Costa Silva
 Tec. Enfermagem
 COREN/PE 829246

13:30

Liberação do Paciente: Data: / / Hora: 13:30

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 CRA - 5799-148
 14:00h

Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 14:00h



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:10

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC<50>140 (); FR>32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS<80mmhg (); PAD>130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politratado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD>130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/material biológico ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, quações (); Dor abdominal sem alterações de SSW (10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE () AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

Brenna Loren: 400405
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO



Data e hora retirada da senha: 22/10/2019 10:15

Nome Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/10/1994
Sexo: Masculino
Idade: 24
Senha: UG008
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/10/2019 10:20 - 22/10/2019 10:21

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE MOTOCOM CARRO HA 24H, COM SINAIS DE FRATURA EM MIE.

Medicamento(s): HAS - DM -

Observação: SENHA 5768178
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: FERIDAS

Discriminador(es): - INFLAMAÇÃO LOCAL?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/10/2019 10:22

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Vera Henrique da Silva

Tratamento logo H.R.A. simão 5798170

- pet. chega na unidade para
Admissão de moto com ausência
em CAPE de dar entrada

- Rx. condensa ventura Obliqua
em direção da T. b. (C) Fechada

- Golpes no tórax e no dorso
da TRAUMATOLOGIA

Data: 20/01/19

MÉDICO

Nome: _____ Rg: _____
Medicamentos: _____

Data: 1/1 _____
MÉDICO



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/11/2019 10:51

Atendimento: 328233 Entrada: 23/10/2019 Hora: 15:34
 Acomodação: LETO DIA 04
 Plano: SUS - ELETIVAS
 Responsável:
 Médico Resp: NISAN BAI DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: LETO DIA
 Permanência: 8 Dia(s), 19 horas
 Matrícula:
 Identidade:
 C.N.S.: 162313593370003

Paciente: 1625964 JOSE HENRIQUE DA SILVA
 Nascimento: 28/10/1994 (25 Anos)
 Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES
 Bairro: NOVO C.E.P.: 55190-000
 Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
 Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
 Mãe: JOSELIA SILVA
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
 Estado Civil: SOLTEIRO
 C.P.F.: 11291473475
 Identidade: 9289994 - SDS - PE
 Telefone: / 991961486
 G.Instrução:
 Ocupação: AUTONOMO
 Naturalidade: CARUARU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 23/10/2019 - 17:45

AVALIAÇÃO (Dr. NISAN BAI DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)

Queixa do paciente: VINDO DO HOF

FRATURA DA TIBIA ESQ.

QUEDA DE MOTO HA 3 DIAS

SEM TCE HEMODD. EST. ISOCO-EUPN-ACIANO-CONSC

PELE = ESCORIAÇÕES LOCAIS E LIMPAS F. FLICTENA PEQ LIMPAS

PERF+

NV+

NEGA COMORBIDADES

NEGA ALERGIAS

Horario/Checkagem

	Horario/Checkagem
01- INTERNAMENTO CIRURGICO	
02-	
03-	
04-	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Armindo Moura
 Serviço de Arquivos
 Fone: (81) 3310
 Av. Clero Campello, 111 - Fátima, Recife - PE



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/11/2019 10:51

Atendimento: 328233 Entrada: 23/10/2019 Hora: 15:34
Acomodação: LEITO DIA 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel:
Médico Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: LEITO DIA
Permanência: 8 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 162313593370003

Paciente: 1625964 JOSE HENRIQUE DA SILVA
Nascimento: 28/10/1994 (25 Anos)
Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES
Bairro: NOVO C.E.P.: 55190-000
Cidade: 2812505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Pal: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Mãe: JOSELIA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11291473475
Identidade: 9289994 - SDS - PE
Telefone: 7 981961468
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: CARUARU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 30/10/2019 - 10:06

AVALIAÇÃO (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1: sílvio johnson

Anestesiista: elvelton

Instrumentador: eder

Diagnóstico Pre-Operatório

FRATURA DA TIBIA ESQ-LESÃO DE TENDÃO PATELAR

Cirurgia Realizada

1. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISÁRIA DA TÍBIA
 2. TENODESE D EPATELAR
- CIRURGIA MULTIPLA**

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA MIE
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS MIE
ARTROTOMIA DO JOELHO MEDIANTE INCISÃO TRANSPATELAR COM ABERTURA POR PLANOS E OBSERVADA
LESÃO PARCIAL DE TENDÃO PATELAR
REDUÇÃO DA FRATURA E PASSAGEM DE FIO GUIA INTRAMEDULAR
FRESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR TIBIAL
PASSAGEM DE HASTE TIBIAL BLOQUEADA Nº __360X9__
RETIRADA DO FIO GUIA
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL



REALIZADO MANOBRA PULL BACK PARA IMPACTAÇÃO
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO PROXIMAL
COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO
LAVAGEM DAS FERIDAS COM SF 0,9%
DESBRIDAMENTO E TENDESE DO TENDÃO PATELAR EM TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TIBIA
SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
USADA FLUOROSCOPIA
CURATIVO OCLUSIVO

Materiais Prosmed:

HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA PARA TÍBIA N° 360X9 - 01 UNIDADE
PARAFUSO DE BLOQUEIO - 04 UNIDADES
PARAFUSO TAMPÃO - 01 UNIDADE





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA (1625964)

Admissão: 328233

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MEDICO

Atesto para os devidos fins que JOSE HENRIQUE DA SILVA compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S82

Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).

Necessitando de (15) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.

Como acompanhante.

Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 69.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 30/10/2019 às 10:14

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia-Traumatologia
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA (1625964)

Admissão: 328233

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MEDICO

HD:

CID: <<S82>>FRATURA DE DIAFISE DA TIBIA ESQ+LESÃO DE TENDÃO PATELAR

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 23/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 30/10/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM HASTE BLOQUEADA+TENODESE PATELAR

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 27/11/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO; DEAMBULAR COM 2 MULETAS E REALIZAR CARGA PARCIAL NO MIE. INICIAR FISIOTERAPIA. REQUISIÇÃO EM ANEXO.
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

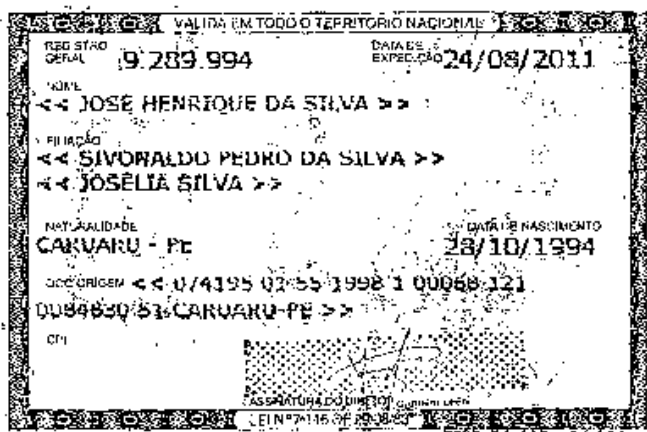
Data: 30/10/2019 as 10:16

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PA - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
112.914.734-75

Nome
JOSE HENRIQUE DA SILVA

Nascimento
28/10/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
21E7.8B0A.C432.A5DE

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:38:39 do dia 09/07/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

57-510





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**



01

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5994 CEP: 55190-000

Veredy

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0280026 21/10/2019 13:10:08 Código: 0177742
 Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA SUS: 162313593370003
 Sexo: MASC D. Nasc.: 28/10/1994 Idade: 25 ANOS
 RG: CPF:
 Profissão:
 Filiação: Mãe: JOSELIA SILVA
 Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
 Endereço: R=- JOAO OLEGARIO DO NASCIMENTO 27
 Bairro: ARMANDO ALEIXO Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
 Estado: PERNAMBUCO CEP: Fone:

Pressão Arterial: 50 x 100 mmHg Pulso: 102 bpm
 Temperatura: _____ Peso: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

*Trameteu em 10/10/19
 acidente automobilístico - fratura
 punho do membro superior direito*

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

*Fratura 1 amp + 50,4% 200 ml (10g)
 Do costado 1 amp + 100 ml (10g)*

Conduta:

Kátia C. Costa Silva
 Tec. Enfermagem
 COREN/PE 829246

13:30

Liberação do Paciente: Data: / / Hora: *14:00h*

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

*Fratura febra de m. I - (10g)
 HRA - 5798-148
 14:00h*

*Assinatura
 COREN/PE 829246*



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:10

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50 >140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politratado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/material biológico ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, quações (); Dor abdominal sem alterações de SSW (10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE () AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

Brenna Loren: 400405
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO





CELPE

Térço Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.838, de 20/04/03

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE. CEP 51090-902
CNPJ 10.835.832/0001-03 | Ins. Est. FIC: 000593-73 | www.celpe.com.br

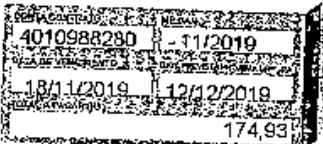
DADOS DO CLIENTE
JOSELIA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE BERNARDINO GOMES 30

CPF: 748.469.814-87, NIS: 20631476749

BAIRRO NOVO SANTA CRUZ DO CAPIBARI
SANTA CRUZ DO CAPIBARI, PE
55192-390

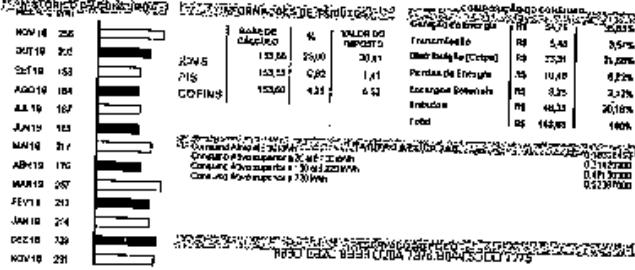
CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
BARRAGEM COMUNS



06407450 UNICA 00112018
00112018 000922069 3413707

DESCRIÇÃO DA TAXA	CODIGO	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	00.000000	0,29747243	7,87
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0,14685276	21,46
Consumo Ativo superior a 100 até 229 kWh	120.000000	0,17493211	80,88
Consumo Ativo superior a 229 kWh	30.000000	0,74932123	23,89
Atividade Bandeira AMARELA			2,66
Atividade Bandeira VERMELHA			3,38
Conta. Lum. Pública Municipal			18,74
ICMS Substituição - COF - NF 076280001-06/08/18			0,00
Multa por atraso - NF 050082658 - 08/10/18			2,28
Juros por atraso - NF 080002658 - 08/10/18			0,03
Multa por atraso - NF 080002658 - 08/10/18			0,52
TOTAL DA FATURA			174,93

NR DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	PREC. DE CARGA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
1000000	CAF	04-10-2018	30350,00		08-11-2019	30214,00		11	1,00000		136,00



COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE. CEP 51090-902
CNPJ 10.835.832/0001-03 | Ins. Est. FIC: 000593-73 | www.celpe.com.br

As condições gerais de...
- Para o consumo residencial...
- Para o consumo comercial...
- Para o consumo industrial...
- Para o consumo público...
- Para o consumo de energia elétrica...
- Para o consumo de energia elétrica...
- Para o consumo de energia elétrica...





União Social de Energia Brasileira Ltda pelo Lei 10434 de 2004

Companhia Energia de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 51065-007
CPF: 10.835.920/0001 Ins. Cof. 09694303 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA FORMOZINA DA SILVA

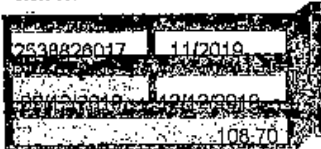
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
L. O. MESTRE VITALINO 2

CPF: 246 878 414-8 |

ALTO DO MOUTAVALTO DO MOLINA
CARUARUPE
55000-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

UR4303359 UNICA 03/11/2019
OSV17018 2000831256 008481



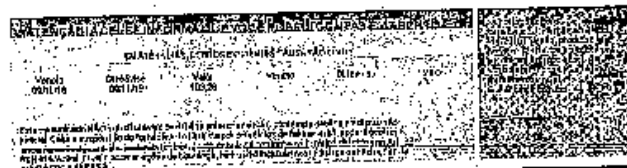
	QUANTIDADE	Preço (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Provisório	192,000000	0,78280702	86,76
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,83
Acrescimo Bandeira VERDE			2,11
Contrib. Fun. Pública Municipal			7,17
ICMS Subvenção-CDE-Nº D78348824-06/09/18			8,80

TOTAL DA FATURA 108,70

MP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ARTEFICIAL DATA	ARTIFICIAL LETURA	DATA DE CONTAGEM	ARTIFICIAL LETURA	APRESENTADO	CONSTATANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWh)
312248855	CA1	03/11/2019	2430,00	03/11/2019	2940,00	31	15000		192,00

Mês/Ano	Consumo (KWh)	Valor (R\$)	%	Valor do Imposto	Imposto (R\$)	Valor do Imposto	Imposto (R\$)
NOV/18	123	14,24	13,2%	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ/18	137	15,84	14,6%	0,00	0,00	0,00	0,00
GEN/19	110	12,59	11,5%	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB/19	131	15,14	13,9%	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR/19	153	17,54	16,1%	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR/19	172	19,54	18,0%	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY/19	125	14,24	13,2%	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN/19	114	12,59	11,5%	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL/19	113	12,59	11,5%	0,00	0,00	0,00	0,00
AUG/19	151	17,54	16,1%	0,00	0,00	0,00	0,00
SET/19	180	20,54	19,0%	0,00	0,00	0,00	0,00
OUT/19	211	24,54	22,6%	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV/19	214	24,54	22,6%	0,00	0,00	0,00	0,00

Figuras por mês a partir de novembro de 2018. Valores para o mês de novembro de 2019 são estimados com base no consumo médio mensal de novembro de 2018. O consumo médio mensal de novembro de 2018 é de 123 KWh. O consumo médio mensal de novembro de 2019 é de 214 KWh. O consumo médio mensal de novembro de 2019 é de 214 KWh. O consumo médio mensal de novembro de 2019 é de 214 KWh.



CONSUMO	VALOR	IMPOSTO	IMPOSTO	IMPOSTO	IMPOSTO	IMPOSTO	IMPOSTO
CONSUMO	192,00	0,78	1,83	2,11	7,17	8,80	0,00
IMPOSTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IMPOSTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IMPOSTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DATA CONTRATO 11/2018 DATA DE VENCIMENTO 08/22/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 108,70





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradalider.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 08h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | SAC (para dependentes auditivos e de fala): 0800 021 12 06 | Central Ouvintes: 0800 021 91

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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, a determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E REGULAÇÃO 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 ILEÍTAS PREVISTAS NA LEI Nº9.033/96.

Pelo exposto, eu Rosângela Formososa da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 628.462.994 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Henrique da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.914.734-75

dó sinistro de DPVAT cobertura invalides da vítima José Henrique da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.914.734 / 75 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: recursos inf. Renda: recursos inf. 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-DPVAI, 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 Mestre Vitalino</u>	Número: <u>02</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Itaó do Moura</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>rosangelaformososa@falece.com.br</u>	CEP: <u>55000-000</u>	Tel. (DDD): <u>8199-9215-1676</u>

Local e Data: Caruaru - PE. 18/12/2019

Rosângela Formososa da Silva
Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218004305**

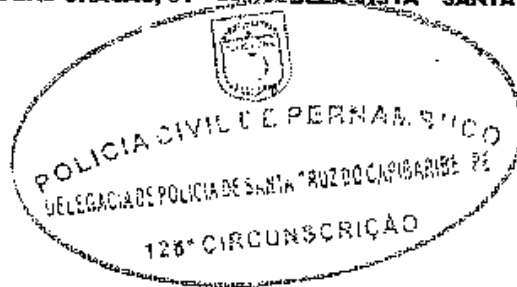
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2019** às **14:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/10/2019** às **13:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANARO MANOEL DAS CHAGAS, 01 - Bairro: BELA VISTA - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
TAMYRES NAYARA DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ HENRIQUE DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ HENRIQUE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSELIA SILVA Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: **28/10/1994** Naturalidade: **CARIARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9289994/SDS/PE (RG), 11291473475 (CPF)** Profissão: **ESTOQUISTA** Telefones Celulares: **- 81992684957**

Residencial: **RUA JOSE BERNARDINO GOMES - BAIRRO NOVO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 30 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

TAMYRES NAYARA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SIVONALDO PEDRO DA SILVA Pai: **JOSELIA SILVA** Data de Nascimento: **25/8/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3115116/SSP/PB (RG), 06801582437 (CPF)** Profissão: **SECRETARIA(O)** Telefones Celulares: **- 81992043191**

Endereço Residencial: **RUA JOSE DA SILVA NEVES, 351 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO NECO ARAGÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (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): **TAMYRES NAYARA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TAMYRES NAYARA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**

20/11/2019 14:47



Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW1793 (PERNAMBUCO/VERTENTES)** Chassi: **9C2JB0100JR101593**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **EM POSSE DE TAMYRES NAYARA DA SILVA NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA. RENAVAL: 11411011367.**

Complemento / Observação

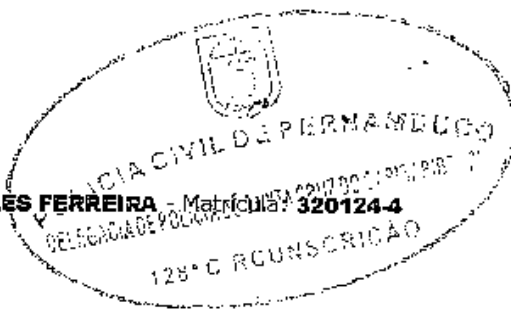
RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA PELA REFERIDA VIA QUANDO NUM CRUZAMENTO A CONDUTORA NÃO IDENTIFICADA DO VEICULO FIORINO COR BRANCA ADENTROU DE VEZ NA AVENIDA, OCASIÃO A QUAL ATINGIU OS OCUPIANTES DA MOTO HONDA POP 100. COM A COLISÃO, JOSÉ HENRIQUE DA SILVA FOI ATINGIDO NA PERNA ESQUERDA. A CONDUTORA DA MOTOCICLETA NÃO SOFREU FERIMENTOS. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA MUNICIPAL PARA ATENDIMENTO MÉDICO, SENDO ENCAMINHADA POSTERIORMENTE PARA HRA DE CARUARU E EM MOMENTO ULTERIOR, AO HOSPITAL DA CIDADE DE MORENO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO, TENDO ALTA DIAS DEPOIS. DIANTE DO EXPOSTO O FATO FOI REGISTRADO NESTA UNIDADE POLICIAL PARA PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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

José Henrique da Silva
JOSÉ HENRIQUE DA SILVA
(VITIMA)

TAMYRES NAYARA DA SILVA
(OUTRO)

Tamyres Nayara da Silva
B.O. registrado por: **MARCIA NUNES DE MAGALHÃES FERREIRA** Matrícula: **320124-4**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 152.934.734-75 4 - Nome completo da vítima: José Henriques da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 444/2014

5 - Nome completo: José Henriques da Silva
6 - CPF: 152.934.734-75
7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: Rua José Bernardino Gomes
9 - Número: 30 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Barro Preto 12 - Cidade: Santa Cruz do Capib. 13 - Estado: PE
14 - CEP: 55192-390
15 - E-mail: rose_mere2008@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): (84)-99215-1674

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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:
 REQUER 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUANÇA (destinada para os bancos abaixo. Assinale a(s) opção(s))
 Bradesco (257) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4038 CONTA: 0130022752
 CONTA CORRENTE (destinada aos bancos)
Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento de médico apresentado sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito ocorrido por culpa exclusiva, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou 2ªm) 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 (ou nasciturus)? 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 293 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____
38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 21 de Janeiro 2020

José Henriques da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (devidamente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 152.934.734-75 4 - Nome completo da vítima: José Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 444/2014

5 - Nome completo: José Henrique da Silva 6 - CPF: 152.934.734-75
7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: Rua José Bernardino Gomes 9 - Número: 30 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Barro Preto 12 - Cidade: Santa Cruz do Capib. 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55192-390
15 - E-mail: rose_mere2008@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): (84)-99215-1674

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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:
 REQUER 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUANÇA (destinada para os bancos abertos. Assinale a(s) opção(s))
 Bradesco (257) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4038 CONTA: 0130022752 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento de medicina apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito ocorrido por minha culpa, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou 2ªm) 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 (ou nasciturus)? 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 293 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 21 de Janeiro 2020

José Henrique da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (deca) (ante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033171

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE HENRIQUE DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do 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: **JOSE HENRIQUE DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001038**

Conta: **0000022752-0**

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





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

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033171

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE HENRIQUE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

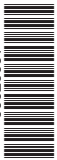
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15398726

Pag. 00193/00194 - carta_01 - INVALIDEZ

00020097



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: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE HENRIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000022752-0

Nr. da Autenticação 2546381C329B2D60



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460780/19

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

CPF: 112.914.734-75

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE HENRIQUE DA SILVA : 112.914.734-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	José Henrique da Silva	
Nacionalidade:	Brasileira	Estado civil: solteiro
Profissão:	altamano	
Identidade:	9.289.994	CPF: 512.914.734-75
Endereço:	Rua José Bernardino Gomes Nº 30, Bairro	

Novo, Santa Cruz do Capibaribe PE -
PEP = 55192-390


OUTORGADO:

Nome:	Rosane Formosinho da Silva	
Nacionalidade:	Brasileira	Estado civil: solteira
Profissão:	altamano	
Identidade:	6274229	CPF: 628.462.994-04
Endereço:	Rua Mestre Kiladino Nº 02, Atado	

Moura, Carnaúba - PE.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomele e constituo meu bastánte procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

em Santa Cruz do Capibaribe - PE 20-11-2019
LOCAL E DATA:

 José Henrique da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHEÇA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Ten. Siriribá Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe - PE - Fone: (81) 3711-1199

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: (01) José Henrique da Silva. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 20/11/2019, às 15:03. - Total: 4,91. Em Testemunho de: (02) Rosane Eva dos Santos Cavalcanti Sales e (02) [assinatura] da verdade. Selo(s): 0189487.YGN10201802.02527




TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

www.tcn.br



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460780/19

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Data do acidente: 21/10/2019

CPF: 112.914.734-75

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE HENRIQUE DA SILVA : 112.914.734-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194/74.

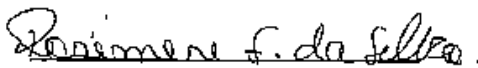
A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN-PE Nº 014958755620
CERTIFICADO DE REGISTRO E HABILITAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 - COS. RENAVAM: 1141101267 - IN. FRC: ***** - EXERCÍCIO: 2019

VEICULO: NONE
TAMYRES NAYARA DA SILVA
 VERTEENTES-PE

059.015.822-37 - PCW1752

PLACA ANT./NOV.: ***** - RENAVAM: 962801003R191598

ESPÉCIE: PAS MOTOCICLETA - COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I - ANO FAB.: 2017 - ANO MOD.: 2018

CAP./POT./CIL.: 2P/163CL - CATEGORIA: PARTIC - COR/PRECO/OPAC/HE: VERMELHA

COTA UNICA: 1 - VEIC./COTAS: *****
 P: 1 - TVVA 2019: QUITADO
 V: 1 - CAVA/PVA: ***** - PARCELAMENTO/COTAS: 2 - *****
 A: 1 - ***** - ***** - 3 - *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 30.11 - RCF (R\$): 0.32 - PREMIO TOTAL (R\$): 31.53 - DATA DE PAGAMENTO: 23/04/19

SEM RESERVA

Roberto Carlos

VERTENTES-PE 11/10/19
Roberto Carlos Morciza Fontelles
 DIRETOR PRESIDENTE

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
 AUTOMOTORES DE TERRESTRE, QUILASUAZ, CARGA E PESSOAS
 TRANSPORTADAS DO MOD. SEGURO DPVAT**

PE Nº 014958755620 BILHETE DE SEGURO DPVAT
TAMYRES NAYARA DA SILVA

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

VEICULO: VERTEENTES-PE - EXERCÍCIO: 2019 - DATA EMISSÃO: 11/10/19

VIA: 1 - COS. RENAVAM: 1141101267 - IN. FRC: ***** - EXERCÍCIO: 2019

VEICULO: NONE
TAMYRES NAYARA DA SILVA
 VERTEENTES-PE

059.015.822-37 - PCW1752

PLACA ANT./NOV.: ***** - RENAVAM: 962801003R191598

ESPÉCIE: PAS MOTOCICLETA - COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I - ANO FAB.: 2017 - ANO MOD.: 2018

CAP./POT./CIL.: 2P/163CL - CATEGORIA: PARTIC - COR/PRECO/OPAC/HE: VERMELHA

COTA UNICA: 1 - VEIC./COTAS: *****
 P: 1 - TVVA 2019: QUITADO
 V: 1 - CAVA/PVA: ***** - PARCELAMENTO/COTAS: 2 - *****
 A: 1 - ***** - ***** - 3 - *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 30.11 - RCF (R\$): 0.32 - PREMIO TOTAL (R\$): 31.53 - DATA DE PAGAMENTO: 23/04/19

SEM RESERVA

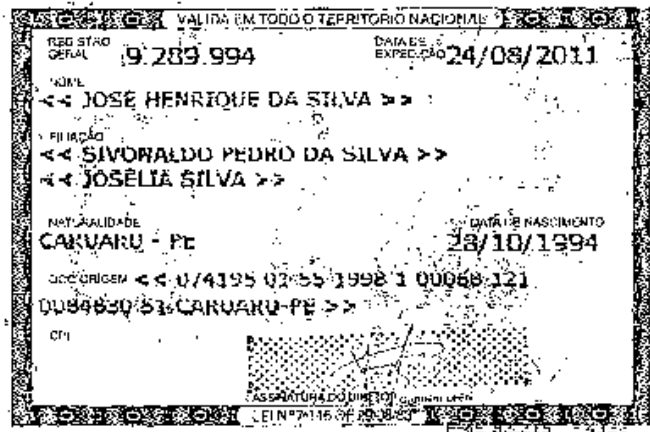
Roberto Carlos

VERTENTES-PE 11/10/19
Roberto Carlos Morciza Fontelles
 DIRETOR PRESIDENTE

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 09.244.292/0001-24

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
112.914.734-75

Nome
JOSE HENRIQUE DA SILVA

Nascimento
28/10/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
21E7.8B0A.C432.A5DE

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:38:39 do dia 09/07/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

57-510



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
 TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL
 TSE

ROSEMERI FORMOSINA DA SILVA

REG. DE IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 5274229 SSP PE

SERIE
 638.462.994.04

DATA NASCIMENTO
 11/01/1973

CILIAÇÃO
 SEVERINO FIRMINO DA SI
 LVA
 MARGARIDA FORMOSINA DA
 SILVA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. IAN
 C

IP REGISTRO
 03911656618

VAL. MANT.
 26/12/2022

VALID. EXPIRAÇÃO
 18/08/2006

OBSERVAÇÕES
 RAR

Rosemeri Formosina da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 CARUARU, PE

DATA EMISSÃO
 05/01/2018

[Assinatura]
 FRENTE: Antônio Sérgio de Melo
 TITULAR: Presidente
 ASSINATURA DO EMISSOR

85442030988
 FEN 75654630

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1560914109

PREMIUM PLASTICAR
 1560914109





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradalider.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 08h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | SAC (para dependentes auditivos e de fala): 0800 021 12 06 | Central Ouvintes: 0800 021 91

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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, a determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E REGULAÇÃO 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 FRENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILEITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.033/96.

Pelo exposto, eu Rosângela Formosinho da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 628.462.994 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Henrique da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.914.734-75

dó sinistro de DPVAT cobertura invalides da vítima José Henrique da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.914.734 / 75 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: recursos inf. Renda: recursos inf. 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-DPVAI, 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 Mestre Vitalino</u>	Número: <u>02</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Itaó do Moura</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	CEP: <u>55000-000</u>
E-mail: <u>rosangelaformosino2008@yahoo.com.br</u>	Estado: <u>PE</u>	Tel. (DDD): <u>8519-9215-1676</u>

Local e Data: Caruaru - PE. 18/12/2019

Rosângela Formosinho da Silva
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JOSE HENRIQUE DA SILVA** nascido em 28/10/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 21/10/2019 por volta das 13h10mín. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de NOVEMBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
DIRETOR
Rodovia PE 160, SN - Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE
MAT. 069043

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**



01

Veredy

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0280026 21/10/2019 13:10:08 Código: 0177742
 Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA SUS: 162313593370003
 Sexo: MASC D. Nasc.: 28/10/1994 Idade: 25 ANOS
 RG: CPF:
 Profissão:
 Filiação: Mãe: JOSELIA SILVA
 Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
 Endereço: R=- JOAO OLEGARIO DO NASCIMENTO 27
 Bairro: ARMANDO ALEIXO Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
 Estado: PERNAMBUCO CEP: Fone:

Pressão Arterial: 50 x 100 mmHg Pulso: 102 bpm
 Temperatura: _____ Peso: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

*Trameteu em 10/10/19
 acidente automobilístico - fratura
 punho do membro superior direito*

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

*Fratura 1 amp + 50,4% 200 mil (100g)
 Do carpal 1 amp + 100 (100g)*

Conduta:

Kátia C. Costa Silva
 Tec. Enfermagem
 COREN/PE 829246

13:30

Liberação do Paciente: Data: / / Hora: 13:30

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior
 CRA - 5799-148
 14:00h

Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior
 COREN/PE 829246



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:10

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50 >140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Iresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politratado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/material biológico ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, quações (); Dor abdominal sem alterações de SSW (10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE () AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

Brenna Loren: 400405
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO



Data e hora retirada da senha: 22/10/2019 10:15

Nome Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/10/1994
Sexo: Masculino
Idade: 24
Senha: UG008
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/10/2019 10:20 - 22/10/2019 10:21

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE MOTOCOM CARRO HA 24H, COM SINAIS DE FRATURA EM MIE.

Medicamento(s): HAS - DM -

Observação: SENHA 5768178
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: FERIDAS

Discriminador(es): - INFLAMAÇÃO LOCAL?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/10/2019 10:22

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Vitor Henrique da Silva

Tratamento logo / H.R.S. nº 5798170

- pet. chega na unidade para
Admissão de Moto com ausência
em CAPE de dar entrada

- Rx. condensa ventura Obliqua
em direção da T. b. (C) Fechada

- Golpes no tórax e abdômen
da TRAUMATOLOGIA

Data: 20/01/19

MÉDICO

Nome: _____ Rg: _____
Medicamentos: _____

Data: 1/1

MÉDICO



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/11/2019 10:51

Atendimento: 328233 Entrada: 23/10/2019 Hora: 15:34
 Acomodação: LETO DIA 04
 Plano: SUS - ELETIVAS
 Responsável:
 Médico Resp: NISAN BAI DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: LETO DIA
 Permanência: 8 Dia(s), 19 horas
 Matrícula:
 Identidade:
 C.N.S.: 162313593370003

Paciente: 1625964 JOSE HENRIQUE DA SILVA
 Nascimento: 28/10/1994 (25 Anos)
 Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES
 Bairro: NOVO C.E.P.: 55190-000
 Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
 Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
 Mãe: JOSELIA SILVA
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
 Estado Civil: SOLTEIRO
 C.P.F.: 11291473475
 Identidade: 9289994 - SDS - PE
 Telefone: / 991961486
 G.Instrução:
 Ocupação: AUTONOMO
 Naturalidade: CARUARU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 23/10/2019 - 17:45

AVALIAÇÃO (Dr. NISAN BAI DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)

Queixa do paciente: VINDO DO HOF

FRATURA DA TIBIA ESQ.

QUEDA DE MOTO HA 3 DIAS

SEM TCE HEMODD. EST. ISOCO-EUPN-ACIANO-CONSC

PELE = ESCORIAÇÕES LOCAIS E LIMPAS F. FLICTENA. PEQ LIMPAS

PERF+

NV+

NEGA COMORBIDADES

NEGA ALERGIAS

Horario/Checkagem

	Horario/Checkagem
01-	INTERNAMENTO CIRURGICO
02-	
03-	
04-	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Armindo Moura
 Serviço de Arquivos
 Fone: (81) 3510
 Av. Clero Campelo, 111 - Fátima, Recife - PE



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/11/2019 10:51

Atendimento: 328233 Entrada: 23/10/2019 Hora: 15:34
Acomodação: LEITO DIA 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel:
Médico Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: LEITO DIA
Permanência: 8 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 162313593370003

Paciente: 1625964 JOSE HENRIQUE DA SILVA
Nascimento: 28/10/1994 (25 Anos)
Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES
Bairro: NOVO C.E.P.: 55190-000
Cidade: 2812505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Pal: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Mãe: JOSELIA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11291473475
Identidade: 9289994 - SDS - PE
Telefone: 7 981961468
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: CARUARU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 30/10/2019 - 10:06

AVALIAÇÃO (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1: sílvio johnson

Anestesiista: elvelton

Instrumentador: eder

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DA TIBIA ESQ-LESÃO DE TENDÃO PATELAR

Cirurgia Realizada

1. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISÁRIA DA TÍBIA
 2. TENODESE D EPATELAR
- CIRURGIA MULTIPLA**

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA MIE
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS MIE
ARTROTOMIA DO JOELHO MEDIANTE INCISÃO TRANSPATELAR COM ABERTURA POR PLANOS E OBSERVADA
LESÃO PARCIAL DE TENDÃO PATELAR
REDUÇÃO DA FRATURA E PASSAGEM DE FIO GUIA INTRAMEDULAR
FRESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR TIBIAL
PASSAGEM DE HASTE TIBIAL BLOQUEADA Nº __360X9__
RETIRADA DO FIO GUIA
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL



REALIZADO MANOBRA PULL BACK PARA IMPACTAÇÃO
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO PROXIMAL
COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO
LAVAGEM DAS FERIDAS COM SF 0,9%
DESBRIDAMENTO E TENODESE DO TENDÃO PATELAR EM TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TIBIA
SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
USADA FLUOROSCOPIA
CURATIVO OCLUSIVO

Materiais Prosmed:

HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA PARA TÍBIA N° 360X9 - 01 UNIDADE
PARAFUSO DE BLOQUEIO - 04 UNIDADES
PARAFUSO TAMPÃO - 01 UNIDADE





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA (1625964)

Admissão: 328233

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MEDICO

Atesto para os devidos fins que JOSE HENRIQUE DA SILVA compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S82

- Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
- Necessitando de (15) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- Como acompanhante.
- Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 69.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 30/10/2019 às 10:14

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia-Traumatologia
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA (1625964)

Admissão: 328233

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MEDICO

HD:

CID: <<S82>>FRATURA DE DIAFISE DA TIBIA ESQ+LESÃO DE TENDÃO PATELAR

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 23/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 30/10/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM HASTE BLOQUEADA+TENODESE PATELAR

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 27/11/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO; DEAMBULAR COM 2 MULETAS E REALIZAR CARGA PARCIAL NO MIE. INICIAR FISIOTERAPIA. REQUISIÇÃO EM ANEXO.
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 30/10/2019 as 10:16

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PA - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:





CELPE

União Social de Energia Brasileira Ltda pelo Lei 10434 de 2004

Companhia Energia de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 51065-007
CPF: 10.835.923/0001-00 | Ins. Est. 09694303 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA FORMOZINA DA SILVA

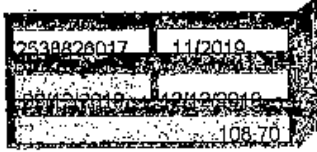
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
L. O. MESTRE VITALINO 2

CPF: 246 878 414-8 |

ALTO DO MOUTAVALTO DO MOLINA
CARUARUPE
55000-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

UR4303359 UNICA 03/11/2019
OSV17018 2000831256 008481



QUANTIDADE	Preço (R\$)	VALOR (R\$)
192,000000	0,72000002	8,76
		1,83
		2,11
		7,17
		8,80

Consumo Previsto (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERDE
Contrib. Fun. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-Nº 078348824-06/09/18

TOTAL DA FATURA 108,70

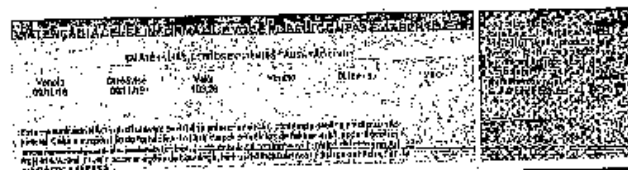
UF DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ARTEFICIAL DATA	ARTIFICIAL LETURA DATA	ARTIFICIAL LETURA DATA	APRESENTAÇÃO	CONSTATANTE	ALICATE	CONSUMO (kWh)
512148855	CA1	03/11/2019	2430,00	03/11/2019	2940,00	31	1,0000	192,00

Mês/Ano	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	%	Valor do Imposto	Descrição do Imposto	UF	Alíq.	Valor
NOV/18	123				Imposto de Renda	PE	34,5%	42,26
OUT/18	137				Imposto de Renda	PE	34,5%	47,18
SET/18	110				Imposto de Renda	PE	34,5%	42,81
AGO/18	131				Imposto de Renda	PE	34,5%	47,89
JUL/18	143				Imposto de Renda	PE	34,5%	51,84
JUN/18	152				Imposto de Renda	PE	34,5%	55,84
MAY/18	125				Imposto de Renda	PE	34,5%	42,63
ABR/18	114				Imposto de Renda	PE	34,5%	39,51
MAR/18	113				Imposto de Renda	PE	34,5%	39,21
FEB/18	151				Imposto de Renda	PE	34,5%	51,65
JAN/18	180				Imposto de Renda	PE	34,5%	61,11
DEZ/18	211				Imposto de Renda	PE	34,5%	72,11
NOV/18	214				Imposto de Renda	PE	34,5%	73,91

Consumo Atualizado: 0,24423000

DSB0 ZLDD.B935.7H71 D195.A88A.508C BAE4

Figura por mês a partir de novembro de 2018. Valores para o mês de novembro de 2018 são estimados. O valor de consumo de energia elétrica é baseado no consumo médio mensal de 2018. O valor de consumo de energia elétrica é baseado no consumo médio mensal de 2018. O valor de consumo de energia elétrica é baseado no consumo médio mensal de 2018.



CONSUMO	VALOR	IMPOSTO	IMPOSTO	IMPOSTO	VALOR	VALOR
CONSUMO	192,00	8,76	18,18	21,33	220	242
ICMS	0,00	0,00	0,00	0,00		
OUTROS	0,00	0,00	0,00	0,00		
TOTAL	192,00	8,76	18,18	21,33	220	242

Valor DCP: 108,70

DATA CONTRATO: 11/2019
DATA DE VENCIMENTO: 08/22/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 108,70





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**



01

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5994 CEP: 55190-000

Veredy

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0280028 21/10/2019 13:10:08 Código: 0177742
 Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA SUS: 162313593370003
 Sexo: MASC D. Nasc.: 28/10/1994 Idade: 25 ANOS
 RG: CPF:
 Profissão:
 Filiação: Mãe: JOSELIA SILVA
 Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
 Endereço: R= JOAO OLEGARIO DO NASCIMENTO 27
 Bairro: ARMANDO ALEIXO Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
 Estado: PERNAMBUCO CEP: Fone:

Pressão Arterial: 50 x 100 mmHg Pulso: 102 bpm
 Temperatura: _____ Peso: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

*Trameteu em 10/10/19
 acidente automobilístico - fratura
 punho do membro superior direito*

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

*Fratura 1 amp + 5 fio, ar. 200 ml (129)
 Do costado 1 amp + 1 fio (129)*

Conduta:

Kátia C. Costa Silva
 Tec. Enfermagem
 COREN/PE 829246

13:30

Liberação do Paciente: Data: / / Hora: *14:00h*

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

*Fratura febra de m. I - (129)
 HRA - 5799-148
 14:00h*

*129
 13:30
 14:00h*



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:10

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50 >140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politratado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/material biológico ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, quações (); Dor abdominal sem alterações de SSW (10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE () AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

Brenna Loren: 400405
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO





CELPE

Térço Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.438, de 2004/03

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE. CEP 51040-902
CNPJ 10.835.832/0001-03 | Ins. Est. FIC: 000593-73 | www.celpe.com.br

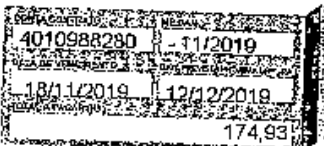
DADOS DO CLIENTE
JOSELIA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE BERNARDINO GOMES 30

CPF: 748.469.814-87, NIS: 20631476/49

BAIRRO NOVO SANTA CRUZ DO CAPIBARI
SANTA CRUZ DO CAPIBARI, PE
55192-390

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
BARRA RENDA COMUNS

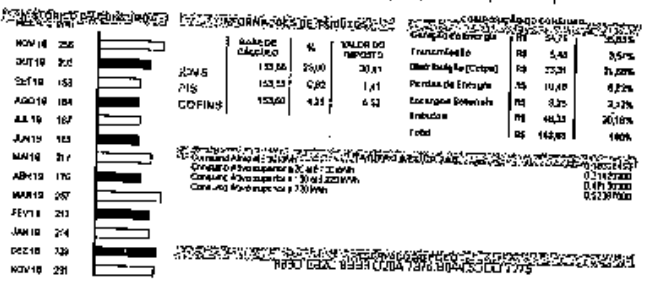


06407450 UNICA 00112018
00112018 000922069 3413707

Table with columns: Descrição, Quantidade, Preço (R\$), Valor (R\$). Includes items like Consumo Ativo, Consumo Ativo superior, and various taxes.

TOTAL DA FATURA 174,93

Table with columns: Nº do Medidor, Tipo da Função, Data, Anterior, Atual, Consumo, etc.



Informações importantes sobre a fatura e o serviço de energia elétrica.

Condições de uso do serviço e informações de contato.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 152.934.734-75 4 - Nome completo da vítima: José Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 444/2014

5 - Nome completo: José Henrique da Silva
6 - CPF: 152.934.734-75
7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: Rua José Bernardino Gomes 9 - Número: 30 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Barro Preto 12 - Cidade: Santa Cruz do Capib. 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55192-390
15 - E-mail: rose_mere2008@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 84-99215-1674

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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:
 REQUER 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUANÇA (destinada para os bancos abaixo. Assinale a(s) opção(s))
 Bradesco (257) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (de outros bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4038 CONTA: 0130022752 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento de médico apresentado sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito ocorrido por veículo autônomo, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou 2ªm) 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 (ou nasciturus)? Sim Não 31 - Vítima teve filhos? 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 293 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da Testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da Testemunha

40 - Local e Data, _____

José Henrique da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (deca) (ante)

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 POLICIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218004305

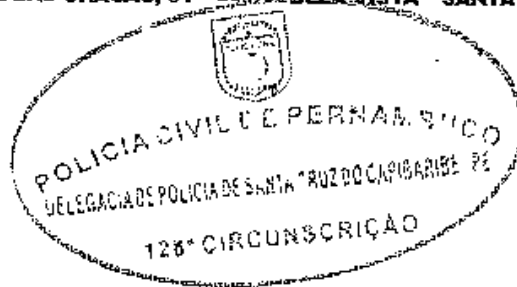
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2019** às **14:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/10/2019** às **13:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANARO MANOEL DAS CHAGAS, 01 - Bairro: BELA VISTA - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
TAMYRES NAYARA DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ HENRIQUE DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ HENRIQUE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSELIA SILVA Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: **28/10/1994** Naturalidade: **CARIARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9289994/SDS/PE (RG), 11291473475 (CPF)** Profissão: **ESTOQUISTA** Telefones Celulares: **- 81992684957**

Residencial: **RUA JOSE BERNARDINO GOMES - BAIRRO NOVO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 30 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

TAMYRES NAYARA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SIVONALDO PEDRO DA SILVA Pai: **JOSELIA SILVA** Data de Nascimento: **25/8/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3115116/SSP/PB (RG), 06801582437 (CPF)** Profissão: **SECRETARIA(O)** Telefones Celulares: **- 81992043191**

Endereço Residencial: **RUA JOSE DA SILVA NEVES, 351 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO NECO ARAGÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (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): **TAMYRES NAYARA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TAMYRES NAYARA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**

20/11/2019 14:47



Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW1793 (PERNAMBUCO/VERTENTES)** Chassi: **9C2JB0100JR101593**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **EM POSSE DE TAMYRES NAYARA DA SILVA NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA. RENAVAL: 11411011367.**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA PELA REFERIDA VIA QUANDO NUM CRUZAMENTO A CONDUTORA NÃO IDENTIFICADA DO VEICULO FIORINO COR BRANCA ADENTROU DE VEZ NA AVENIDA, OCASIÃO A QUAL ATINGIU OS OCUPIANTES DA MOTO HONDA POP 100. COM A COLISÃO, JOSÉ HENRIQUE DA SILVA FOI ATINGIDO NA PERNA ESQUERDA. A CONDUTORA DA MOTOCICLETA NÃO SOFREU FERIMENTOS. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA MUNICIPAL PARA ATENDIMENTO MÉDICO, SENDO ENCAMINHADA POSTERIORMENTE PARA HRA DE CARUARU E EM MOMENTO ULTERIOR, AO HOSPITAL DA CIDADE DE MORENO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO, TENDO ALTA DIAS DEPOIS. DIANTE DO EXPOSTO O FATO FOI REGISTRADO NESTA UNIDADE POLICIAL PARA PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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

José Henrique da Silva
JOSÉ HENRIQUE DA SILVA
(VITIMA)

TAMYRES NAYARA DA SILVA
(OUTRO)

Tamyres Nayara da Silva
B.O. registrado por: **MARCIA NUNES DE MAGALHÃES FERREIRA** Matrícula: **320124-4**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 152.934.734-75 4 - Nome completo da vítima: José Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 444/2014

5 - Nome completo: José Henrique da Silva
6 - CPF: 152.934.734-75
7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: Rua José Bernardino Gomes 9 - Número: 30 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Barro Preto 12 - Cidade: Santa Cruz do Capib. 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55192-390
15 - E-mail: rose_mere2008@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): (84)-99215-1674

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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:
 REQUER 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUANÇA (destinada para os bancos abaixo. Assinale a(s) opção) CONTA CORRENTE (de outros bancos)
 Bradesco (257) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4038 CONTA: 0130022752 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento de médico apresentado sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito ocorrido por culpa exclusiva, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou 2ª) 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 (ou nasciturus)? Sim Não 31 - Vítima teve filhos? 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 293 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da Testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da Testemunha

40 - Local e Data, _____

José Henrique da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (deca) (ante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101.000/2020

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	José Henrique da Silva	
Nacionalidade:	Brasileiro	Estado civil: Solteiro
Profissão:	Agricultor	
Identidade:	9.289.994	CPF: 512.914.734-75
Endereço:	Rua José Bernardino Gomes Nº 30, Bairro	

Novo, Santa Cruz do Capibaribe PE -
PEP = 55192-390

OUTORGADO:

Nome:	Rosemary Ferraz da Silva	
Nacionalidade:	Brasileira	Estado civil: Solteira
Profissão:	Agricultora	
Identidade:	6274229	CPF: 628.462.994-04
Endereço:	Rua Mestre Kiladino Nº 02, Atado	

Moura, Caruaru - PE.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeo e constituo meu bastánte procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Santa Cruz do Capibaribe - PE 20-11-2019
LOCAL E DATA:

José Henrique da Silva
ASSINATURA DO OUTORGANTE

[RECONHEÇA FIRMA POR AUTENTICIDADE]

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Ten. Siririo Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe - PE - Fone: (81) 37119119

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: (01) José Henrique da Silva. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 20/11/2019, ...
15-09. - Total: 4,91. Em Testemunho de: (02) Rosemary Ferraz da Silva, ...
Romana Eva dos Santos Cavalcanti Sales ...
Selo(s): 0189487.YGN10201802.02527



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

www.tcn.br



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028118/20

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

CPF: 112.914.734-75

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE HENRIQUE DA SILVA : 112.914.734-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200033171 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLETO NA DIÁFIS DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA. (P1/3/5/8/10FC/13)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN-PE Nº 014958755620
 CERTIFICADO DE REGISTRO E HABILITAMENTO DE VEICULO

VIA: 1 - COS RENAVAM: 1141101267 - INFRAC: ***** - EXERCICIO: 2019

VEICULO: TAMYRES NAYARA DA SILVA
 VERTEENTES-PE

059.015.0724-37 - PCW1752

PLACA ANTIGA: ***** - RENAVAM: 962801003R191598

ESP. DE VEICULO: PAS MOTOCICLETA - COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I - ANO FAB: 2017 - ANO MOD: 2018

CAP/MOT/CIL: 2P/163CL - CATEGORIA: PARTIC - VEICULO DOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: 1 - TVVA 2019: QUITADO - VENIO/COTAS: *****

PARCELAMENTO/COTAS: 2 - PARCELAMENTO/COTAS: *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 30.11 - RCF (R\$): 0.32 - PREMIO TOTAL (R\$): 31.53 - DATA DE PAGAMENTO: 23/04/19

SEM RESERVA

Observações: *Roberto*

VERTENTES-PE: 11/10/19
 Roberto Carlos Moreira Fontelles
 DIRETOR PRESIDENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE TERRESTRE QUE SEJA CARGA PESSOAIS TRANSPORTADA DO MOD. SEGURO DPVAT

PE Nº 014958755620 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 TAMYRES NAYARA DA SILVA

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
 AS CONDICOES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradora lider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

VEICULO: TAMYRES NAYARA DA SILVA
 VERTEENTES-PE

EXERCICIO: 2019 - DATA EMISSAO: 11/10/19

PLACA: 059.015.0724-37 - RENAVAM: 962801003R191598

MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I

PREMIO TARIFARIO

CASO: 05 - INSC. TARIFARIA: 4.61 - CUSTO DO SEGURO (R\$): 40.05

PREMIO TOTAL (R\$): 4.15 - RCF (R\$): 0.32 - PREMIO TOTAL (R\$): 44.97

DATA DE QUITACAO: 28/01/19

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028118/20
Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA
CPF: 112.914.734-75
Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 21/10/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSE HENRIQUE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE HENRIQUE DA SILVA : 112.914.734-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

