

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Nº Sinistro: **3180219480**

Vitima: **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Data do Acidente: **12/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180219480**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12819496



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Sinistro: **3180219480**
Vítima: **MARIA DE FATIMA RAMOS**
Data do Acidente: **12/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180219480** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Carta nº: 12956410

A/C: MARIA DE FATIMA RAMOS

Nº Sinistro: 3180219480
Vítima: MARIA DE FATIMA RAMOS
Data do Acidente: 12/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002191**

Conta: **0000010470-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180219480**
Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DE FATIMA RAMOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA COREIA DO SUL nº 85 - AGAMENON MAGALHAES - IGARASSU/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7.067.563 - SSP**
Data e local do acidente: **12/02/2018 IGARASSU/PE**
Data e local do exame: **29/05/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS EM MALÉOLO LATERAL E PARAFUSOS CORTICAIS EM MEDIAL. CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ FISIOTERAPIA MOTORA E TEVE ALTA ORTOPÉDICA

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE TORNOZELO DIREITO, EDEMA

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE TORNOZELO DIREITO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO DIREITO**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

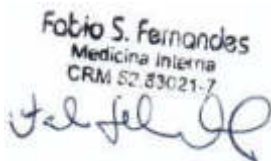
☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ


Fabio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

06836002496

Nome completo da vítima

Maria de Fátima Ramos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Maria de Fátima Ramos

CPF titular da conta

06836002496

Profissão

RECEIXO

Endereço

Rua Carlos de Siqueira

Número

85

Complemento

Centro

Bairro

Centro

Cidade

Itapissuma

Estado

PE

CEP

(81) 98520-3290

E-mail

Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPEANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Itapissuma, 14 de Maio de 2018

Local e Data

* Maria de Fátima Ramos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018

9



CAIXA

POUPANÇA

6277 8015 7713 6231

6277

VÁLIDO ATÉ
07/21

MARIA DE FATIMA RAMOS
2191 013 00010470-9

elo

Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maria de Fátima Ramos

CPE da Vítima

0683602496

Data do Acidente

12/02/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Brasília, 14 de Maio de 2018

Local e Data

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Maria de Fátima Ramos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Atendimento: 944478

Data e Hora: 12/02/2018 00:27

Senha da Classificação:

0002

Paciente: 314922 MARIA DE FATIMA RAMOS

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/07/1984 Idade: 33 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EUNICE MARIA RAMOS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA COREIA DO SUL

85

Bairro: AGAMENON MAGALHAES

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53640250

Usuário Atendimento: FABIANACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg
DATA: HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Entorse do TNP

EXAME FÍSICO:

Dois e coluna em topografia peri-articular

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Entorse
Entorse

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

RX de TNP

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

- Analg. 100mg + 250mg 8/8h
- Analg. 100mg + IM 12/12h
- Analg. 100mg + IM 12/12h
- Tala B3
- Tala B3

Dr. Thiago Machado
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 18389
TEF: 15650

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO:

() Ambulatório

() Sala Verde

(X) Sala Amarela

() Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

(data
evento
12-02-17)

data
2018

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: 07/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA RAMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02191

CONTA: 000000010470-9

Nr. da Autenticação EAC7441079B9008B

DADOS DO CLIENTE
COSME GRACILIANO RAMOS
R COREIA DO SUL, N. 00085 - - CENTRO IGARASSU PE 53640-250
MATRICULA 11439276 - Fev/2018
INSCRIÇÃO: 068.115.435.0158.0000 GRUPO: 4 DED. AUTOMÁTICO: 011439276

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
		1	
HIDRÔMETRO A165410194	DATA LEIT ANTERIOR 26/01/2018	DATA LEIT ATUAL 26/02/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA MD

AGUA:
LEIT ANT: 10
LEIT ATU:
LEIT FAT: 20
CONSUMO: 0
RECORRENCIA TAXA M

**HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO**

01/2018 00
12/2017 00
11/2017 00
10/2017 00
09/2017 00
08/2017 00
MÉDIA: 00

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	46	46	46
COR APARENTE	46	46	45
CLORO RESIDUAL	46	46	42
COLIF. TOTAIS	46	46	39
E. COLI	46	46	39

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)
0,13 40,18

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PS	40,18	1,65	0,66
ISS	40,18	7,60	3,05

VENCIMENTO: 08/03/2018

TOTAL A PAGAR: 40,18

MENSAGEM:

IMÓVEL NÃO POSSUI DÉBITOS DE 2017, EXCETO
SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

2a V1A

www.celpe.com.br

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ISAIAS DE OLIVEIRA SILVA AO LADO DA LOJA JJ CPF: 040.969.714-79	DATA DE VENCIMENTO 23/04/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 16/04/2018	CONTA CONTRATO 000724992021
	TOTAL A PAGAR (R\$) 153,34	DATA DA APRESENTAÇÃO 16/04/2018	Nº DO CLIENTE 2000455208
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA FREI SERAFIM 13	CLASSIFICAÇÃO 81 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0001493776
ITAPISSUMA/ITAPISSUMA 53700-000 ITAPISSUMA PE	RESERVADO AO FISCO 7827.0C4A.3E78.3CB4.B087.0B9B.9A66.2AE2		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpo.com.br			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	194,60	0,66042619	129,28
Contribuição Iluminação Pública			16,32
ICMS Subvenção-CDE-NF 001702851-16/01/18			1,25
ICMS Subvenção-CDE-NF 005502602-15/02/18			1,27
Multa por atraso-NF 005502602 - 15/02/18			2,62
Juros por atraso-NF 005502602 - 15/02/18			1,70
Atualização IGPM-NF 005502602 - 15/02/18			0,90
TOTAL DA FATURA			153,34

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
129,28	25,00	32,32	129,28	0,52	0,67
					2,40
					3,10

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	De Receb	Valor
22/03/18	16/04/18	137,64

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros da restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de créditos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,6603606		kWh
		ABR 18	194
		MAR 18	175
		FEB 18	166
		JAN 18	162
		DEZ 17	192
		NOV 17	162
		OUT 17	185
		SET 17	159
		AGO 17	155
		JUL 17	199
		JUN 17	201
		MAI 17	204
		ABR 17	221

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	38,20	28,07
Transmissão	3,83	2,98
Distribuição (Celpes)	31,64	24,47
Energias Setoriais	19,32	9,23
Tributos	36,09	27,92
TOTAL	129,28	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000000267524	CAT	15/03/2018	8.828,00	16/04/2018	8.822,00	32	1,90090	0,00	194,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/05/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEL DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table>	NÍVEL DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEL DE TENSÃO															
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)														
	MÍNIMO	MÁXIMO													
220	202	231													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA															

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VALIDADE	TALÃO DE PAGAMENTO
000724992021	04/2018	153,34	23/04/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.

2a V1A

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ISAIAS DE OLIVEIRA SILVA AO LADO DA LOJA JJ CPF: 040.969.714-79		DATA DE VENCIMENTO 23/04/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 153,34		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 16/04/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 16/04/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 013027052		CONTA CONTRATO 000724992021 Nº DO CLIENTE 2000455208 Nº DA INSTALAÇÃO 0061493776	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA FREI SERAFIM 13 ITAPISSUMA/ITAPISSUMA 53700-000 ITAPISSUMA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
		RESERVADO AO FISCO 7827.9C4A.3E78.3CB4.B087.0B9B.9A66.2AE2					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br							

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	194,60	0,66042619	129,28
Contribuição Iluminação Pública			16,32
ICMS Subvenção-CDE-NF 001702851-16/01/18			1,25
ICMS Subvenção-CDE-NF 005502602-15/02/18			1,27
Multa por atraso-NF 005502602 - 15/02/18			2,62
Juros por atraso-NF 005502602 - 15/02/18			1,70
Atualização IGPM-NF 005502602 - 15/02/18			0,90
TOTAL DA FATURA			153,34

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
129,28	25,00	32,32	129,28	0,52	0,67
					129,28
					2,40
					3,10

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	De Receb	Valor
22/03/18	16/04/18	137,64

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros da restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de créditos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,6603606		kWh
		ABR 18	194
		MAR 18	175
		FEB 18	166
		JAN 18	162
		DEZ 17	192
		NOV 17	162
		OUT 17	185
		SET 17	159
		AGO 17	155
		JUL 17	199
		JUN 17	201
		MAI 17	204
		ABR 17	221

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	28,20	28,07
Transmissão	2,83	2,98
Distribuição (Celpes)	31,64	24,47
Energias Setoriais	19,32	9,23
Tributos	36,09	27,92
TOTAL	129,28	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO LAR
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
60000000000000287524	CAT	15/03/2018	8.828,00	16/04/2018	8.822,00	32	1,90090	0,00	194,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/05/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META WENSAL	META TRIM.	META ANUAL
fev/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	TAPISUBMA	0,00	5,07	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,26	0,90	0,00
DICI-Duração da interrupção em dia crítico			Limite DICI= 12,22		
EUSD-Valor do Consumo de Uco = R\$		48,06			
Todo Consumidor pode solicitar a operação das indicações DIC, FIC, DMC e DICI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEL DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL (V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table>	NÍVEL DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEL DE TENSÃO															
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)														
	MÍNIMO	MÁXIMO													
220	202	231													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA															

DESTAQUE AQUI			
CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VERBIMENTO
000724992021	04/2018	153,34	20/04/2018
			TALÃO DE PAGAMENTO
			Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.118.084-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAIO EUTATIMC LOMES inscrito
(a) no CPF sob o Nº 068.360.024-96 do sinistro de DPVAT cobertura IMPREVISTA Vítima
MAIO EUTATIMC LOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.360.024-96 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

I Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Frei Serafim</u>	Número <u>13</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itapissuma</u>	Estado <u>PE</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	CEP <u>53700-000</u>
		Telefone celular(DDD) <u>(81) 98510-3290</u>

Itapissuma 14 Maio de 2018
Local e Data

Rosilda de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, _____,
RG nº _____, data de expedição ____/____/____,
Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de _____, no Estado de
_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima _____, cujo o condutor era
_____.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

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

Atendimento: 274206 Entrada: 13/02/2018 Hora: 18:12
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico: MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO

Enfermaria: ENFERMARIA 08
Permanência: 6 Dia(s), 16 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700303960503832

Paciente: 1612835 MARIA DE FATIMA RAMOS
Nascimento: 30/08/1984 (33 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA COREIA DO SUL
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS C.E.P.: 53640-250
Cidade: 2606804 IGARASSU
Paí: COSME GRACIANO RAMOS
Mãe: EUNICE MARIA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 06836002496
Identidade: 7067563 - SDS - PE
Telefone: / 994293080
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: IGARASSU

ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO CRM 17874)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO COM DOR + DEFORMIDADE EM TORNOZELO DIREITO.

ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU, COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO.

Exame físico:

RX: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (BIMALEOLAR)

• NV PRESERVADO

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - INTERIAMENTO	
02 - RX	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materials Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

ARJANA SEGUROS
14 MAI 2018

Atendimento: **944742**

Senha da Classificação:

0002

Data e Hora: 13/02/2018 00:43

Paciente: 314922 MARIA DE FATIMA RAMOS

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/07/1984

Idade: 33 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EUNICE MARIA RAMOS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA COREIA DO SUL

--

85

Bairro: AGAMENON MAGALHAES

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53640250

Usuário Atendimento: MARIAALC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO:

Senha 24 horas

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

ARLIANA SEGUROS
14 MAI 2018

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

UPA 24 HORAS - IGARASSU.

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/02/2018 00:42

Nome Paciente: MARIA DE FATIMA RAMOS
Cód. Paciente: 314922
Data de Nascimento: 29/07/1984
Sexo: Feminino
Idade: 33
Senha: 0002
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 13/02/2018 00:43 - 13/02/2018 00:43

PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: DOR EM MID APÓS TRAUMA

Observação: PACTE COM MAIS DE 24H NA UNIDADE

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Acolhido(a) por: PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/02/2018 00:43

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/02/2018 00:02

Nome Paciente: MARIA DE FATIMA RAMOS
Cód. Paciente: 314922
Data de Nascimento: 29/07/1984
Sexo: Feminino
Idade: 33
Senha: 0002
Convênio: 2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Atendimento: 944478
SAME:

Período: 12/02/2018 00:08 - 12/02/2018 00:57

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**
Cor: AMARELO
Queixa Principal: REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA HOJE
Observação:
ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 12/02/2018 00:08 - 12/02/2018 00:22

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade: **NÃO URGENTE - VERDE**
Cor: VERDE
Queixa Principal: REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA HOJE
Observação:
ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 12/02/2018 00:08 - 12/02/2018 00:10

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NÃO URGENTE - VERDE**
Cor: VERDE
Queixa Principal: REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA HOJE
Observação:
ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Atendimento: 274206 Entrada: 13/02/2018 Hora: 18:12
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico: MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO

Enfermaria: ENFERMARIA 08
Permanência: 6 Dia(s), 16 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700303960503832

Paciente: 1612835 MARIA DE FATIMA RAMOS
Nascimento: 30/08/1984 (33 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA COREIA DO SUL
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS C.E.P.: 53640-250
Cidade: 2606804 IGARASSU
Pai: COSME GRACIANO RAMOS
Mãe: EUNICE MARIA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 06836002496
Identidade: 7067563 - SDS - PE
Telefone: / 994293080
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: IGARASSU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO CRM 17874)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO COM DOR + DEFORMIDADE EM TORNOZELO DIREITO.

ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU, COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO.

Exame físico:

RX: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (BIMALEOLAR)

NV PRESERVADO

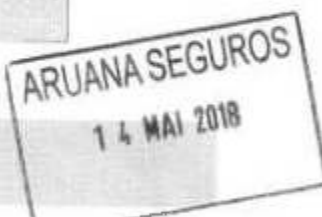
Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta:

		Horário/Checkagem
01 -	INTERNAMENTO	
02 -	RX	
03 -		
04 -		

Reavaliação:



Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armino Moura
SAME

Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE

Hospital Memorial Armindo Moura
SAI/E
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (01) 3535-2013
Av. Chris. G. .../N-Moreno-PE

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018



Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS (1612835)

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **MARIA DE FATIMA RAMOS** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

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

(X) Necessitando de (30) 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. 89.312 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: 19/02/2018 as 18:06

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia da Mão
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17011
TEOT 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS {1612835}

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITA

USO ORAL

01 - CEFALLEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 6/6h, POR 07 DIAS

02 - MELOXICAM 7,5MG ----- 10 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 12/12h, POR 05 DIAS

19/02/2018

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:06

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15695 / CRM-BA 17818
TEUT 11943

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595





Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS (1612835)

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TORNOZELO DIR

CID 10:

S82.8

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO
COM PLACA E PARAFUSOS EM:
MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

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 6 EM 6 - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS.

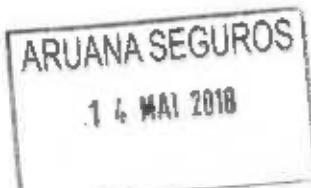
4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 7H;

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:07

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia de Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-SA 17438
TEOT 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595





Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS [3612835]

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

SOLICITO

USO DE MULETAS

S828

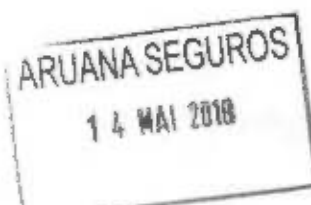
Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:32

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17638
TEOT 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM: 15595



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.067.563 DATA DE EMISSÃO 14/12/2011

NOME << MARIA DE FÁTIMA RAMOS >>

FILIAÇÃO << COSME GRACILIANO RAMOS >>
<< EUNICE MARIA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE IGARASSU - PE DATA DE NASCIMENTO 30/08/1984

DOC. ORIGEM << CN.21495-L.064-FL.27 OV-CART. SEDE IGARASSU-PE-22.06.1985 >>

CPF 068.360.024-96

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 2008

F-46 88.092 - 4433

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-02

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BOMIL

COLEÇÃO FOTOGRAFIA

COLEÇÃO FOTOGRAFIA

Maria de Fátima Ramos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

ARUANA SEGUROS

14 MAI 2010



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

Ass: 0171684/18 -

sinistro: 3180219480.

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

Márcia de Fátima Lima

DATA DO ACIDENTE

12.02.18

CPF DA VÍTIMA

068360024-96

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Rosa de Oliveira Silva

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

Rua Frei Serafim

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº 13 COMPLEMENTO

BAIRRO

Auro

CIDADE

Itapissuma

UF

PE

CEP

53100-000

E-MAIL

TELEFONE

(81) 98530-2200

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

14/05/18

IDENTIDADE

ASSINATURA

Rosa de Oliveira Silva

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA

14 MAI 2018

NOME

ASSINATURA

Ariana Seguros

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180219480 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA RAMOS **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180219480 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA RAMOS **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS EM MALÉOLO LATERAL E PARAFUSOS CORTICAIS EM MEDIAL. CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ FISIOTERAPIA MOTORA E TEVE ALTA ORTOPÉDICA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE TORNOZELO DIREITO, EDEMA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	Maria de Fátima Ramos		
Nacionalidade:	Brasileira	Estado civil:	Solteira
Profissão:			
Identidade:	7.067.563	CPF:	068.360.024-96
Endereço:	Rua Coruja do Sul N° 85		

OUTORGADO:

Nome:	Rosilda de Oliveira Silva		
Nacionalidade:	Brasileira	Estado civil:	Solteira
Profissão:	Estudante		
Identidade:	6.875.899	CPF:	058.928.054-74
Endereço:	Rua Frei Serafim N° 13		

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

Ipocressu 25/04/2018
LOCAL E DATA:

RECONHECO

Maria de Fátima Ramos

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DE IGRASSU

HS	CARTÓRIO DE IGRASSU/PE - OFÍCIO ÚNICO TABELIONATO E REGISTROS PÚBLICOS Rua Maurício Nogueira, nº 185 - Centro - Igarassu-PE Fone: (51) 3503.0033
Reconheço a autenticidade da firma de: MARIA DE FÁTIMA RAMOS	
Igarassu/PE, 25/04/2018 10:14. Em testemunho da verdade Marcelo	
José da Silva (ESCRIVÃO AUTORIZADO) Ass: R\$ 3,50 TSMR: R\$ 0,80 PERC:	
R\$ 0,40 Total: R\$ 4,70. Selo Digital: 0130583.84204201001.04342. Consulte a	
autenticidade em http://www.tjpe.jus.br/melodigital	

ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018