
Rio de Janeiro, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200134320

Vítima: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200134320

Vítima: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

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\$ 1.518,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

Valor: R\$ 1.518,75

Banco: 001

Agência: 000000834-6

Conta: 000510027035-3

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055698244-48 4 - Nome completo da vítima: Edmilson Possidonio Ferreira

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

5 - Nome completo: Edmilson Possidonio Ferreira 6 - CPF: 055698244-48
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua do Cedro 9 - Número: 1204 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Remédios 12 - Cidade: Barueri 13 - Estado: SP 14 - CEP: 55020-300
15 - E-mail: Rox Silva Negreiros@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (11) 99285-3008

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0834 6 CONTA: 510 027 035 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barueri - 10-03-2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Morgorinda da Silva



Ourocard

Poupança



5067 2180 2782 4718

VALID

VALID DATE

03/23

EDILSON F. FERREIRA
0654-6 27.035-0

elo



12/03/2020

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRIÇÃO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E2106000136

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/03/2020 às 15:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/11/2019 às 18:23

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01 - Bairro: RIACHÃO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A ANTIGA FÁBRICA DE SABÃO**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDNILSON****POSSIDONIO FERREIRA****Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)****EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino**Mãe: **JOSEFA MARIA DOS SANTOS** Pai: **JOSÉ POSSIDONIO FERREIRA** Data de Nascimento: **14/8/1986** Naturalidade: **SAO JOAQUIM DO MONTE / PERNAMBUCO / BRASIL**Documentos: **06569824448 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COMERCIANTE**

Telefones Celulares:

81906363651Endereço Residencial: **RUA DO CEDRO, 1204, RENDEIRAS - CEP: 55000-000 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL****DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido**Mãe: **DESCONHECIDA** Pai: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**Escolaridade: **DESCONHECIDO****Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)****VEÍCULO 01 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KFY8270 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **986944595** Chassi: **9CDNF41LJ8M212465**

Ano Fabricação/Modelo:

2008/2008Descrição: **A REFERIDA MOTOCICLETA PERTENCE AO SENHOR REGINALDO GUEDES DA SILVA**

Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE CONDUZIA O VEÍCULO ORA DENOMINADO DE VEÍCULO 01, QUANDO EM DADO MOMENTO DESVIOU A ATENÇÃO DA VIA E COLIDIU COM O VEÍCULO DO AUTOR DESTE BO., QUE CONDUZIA O VEÍCULO ORA DENOMINADO DE VEÍCULO 01. ELE VÍTIMA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DA RENDEIRAS, E TRANSFERIDO PARA O HRA., SENHA N°5820108, E PRONTUÁRIO MÉDICO N°349485, COM FRATURA EXPOSTA EM 5º PDD, AINDA INFORMA À VÍTIMA QUE AS DECLARAÇÕES ORA PRESTADAS NESTE BO., SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS MESMAS, E QUE TAL REGISTRO PREENDE-SE O FATO DELE VÍTIMA ACIONAR O SEGURO DPVAT. DIANTE DO EXPÓSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA
(VÍTIMA)

Ednilson, Possidonio, Ferreira

B.O. registrado por: **CARLOS ALBERTO DA SILVA MELO** - Matrícula: **3809362**



Carlos Alberto da Silva Melo
Comissário Especial de Polícia
Mat. 380.938-2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

055 698 244-48

4 - Nome completo da vítima:

Edmilson Porsidonio Ferreira

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

5 - Nome completo:

Edmilson Porsidonio Ferreira

6 - CPF:

055 698 244-48

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua do Centro

9 - Número:

1204

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Ponteiras

12 - Cidade:

Baruaria

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55 020-300

15 - E-mail:

Rox-silva-negros@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 992 85-3008

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0834

6

CONTA:

510 027 035

3

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Baruaria - 10-03-2020

Edmilson Porsidonio Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Morgorinda da Silva

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.518,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00834-6

CONTA: 000510027035-3

Nr. da Autenticação 693DA6FA69D48823



NOTA FISCAL - BILHETE - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 9000943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

DAMIANA FREIRE FELIX

CPF: 046.677.544-00 NIS: 21230893816

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

SEGUNDA FASE - 11/01/2019 - 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

188115662 UNICA 14/12/2019

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO CEDRO 1204 AP-1AND

RENDEIRAS/CARIARIJ
CARIARIJ PE
55020-300

CONTA CONTRATO MÊS/MANO
4010906445 12/2019
DATA DE VENCIMENTO
20/12/2019 11/01/2020
27,85

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000000	0.16790701	5,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	46.000000	0.32212630	15,48
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,22
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,83
Contribuição Pública Municipal			4,47
Multa por atraso-NF 080590034 - 11/10/19			0,82
Juros por atraso-NF 080590034 - 11/10/19			0,33
Atualização IGPM-NF 080590034 - 11/10/19			0,18

TOTAL DA FATURA 27,85

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
21801179	CAT	13/11/2019	4.048,00	14/12/2019	4.127,00	32	1.00000		79,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO kWh	ICMS	PIS	COFINS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
DEZ 19 79							Geração de Energia R\$ 10,55 47,30%
NOV 19 58							Transmissão R\$ 1,17 5,26%
OUT 19 59							Distribuição (Célula) R\$ 7,08 31,89%
SET 19 91							Perdas de Energia R\$ 2,20 10,03%
AUG 19 88							Encargos Setoriais R\$ 0,86 3,10%
JUL 19 30							Tributos R\$ 0,50 2,28%
JUN 19 50							Total R\$ 22,36 100%
MAY 19 75							
ABR 19 66							
MAR 19 145							
FEV 19 136							
JAN 19 127							
DEZ 18 141							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no pontualidade para evitar interrupção do fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável por manter a fatura em vigor e a atualizada. Para informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a fatura em vigor e a atualizada. Para informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a fatura em vigor e a atualizada. Para informações, consulte o site www.celpe.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUÇÕES	VALOR APROVADO	LIMITE MENSAL	LIMITE SEMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	5,31	10,63	31,29
FEV	0,00	3,33	6,67	13,35
MAI	0,00	3,33	6,67	13,35

NÍVEL DE TENSÃO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202	231

CONTA CONTRATO MÊS/MANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

4010906445 12/2019 20/12/2019 27,85

BANCO DO BRASIL S/A PAGÁVEL EM QUALQUER REDE BANCÁRIA

00190.00009 03217.475015 00527.724173 7 81090000002785

PAGADOR (CPF / CNPJ) ENDEREÇO 046.677.544-00
DAMIANA FREIRE FELIX
RUA DO CEDRO 1204 AP-1AND
55020-300 CARIARIJ PE

Nº DO DOCUMENTO	Nº DO DOCUMENTO	CONTA CONTRATO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO DOCUMENTO
32174750100527724	500371384	4010906445	20/12/2019	27,85

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

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-802
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005143-93 | www.cepe.com.br

RUA RICARDO PILAR 332

SÃO FRANCISCO/CARUARU
CARUARU PE
55000-000

CONTRA CONTRO	RECEBIMOS
0820850017	01/2020
DEBITA VERBEMENTE	RECEBIMOS 14500000000000000000
17/01/2020	08/02/2020
TOTAL A PAGAR	111,69

082739648	OMCA	11/01/2020
11/01/2020	2007264970	881362

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,13645746	4,09
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,23392709	16,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	80,0000000	0,36080083	26,07
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,12566466	3,78
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,21525375	15,06
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	80,0000000	0,32288062	25,83
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,37
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,19
ICMS Subvenção-CCIE-NF 084441800-12/11/18			0,70
ICMS_Subvenção Baixa Renda			1,22
Multa por atraso-NF 084441800-12/11/18			1,82
Juros por atraso-NF 084441800-12/11/18			0,91
Atualização IGPM-NF 084441800-12/11/18			0,26

111.69

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3130453149	CAT	14-12-2018	19.064,00	11-01-2020	12.244,00	28	7,00000		180,00

Consumo em kWh por Equipamento

JAN20	180
DEC19	182
NOV19	181
OUT19	185
SET19	173
AGO19	178
JUL19	174
JUN19	174
MAI19	180
ABR19	187
MAR19	151
FEV19	178
JAN19	189

Consumo por Equipamento

Equipamento	Consumo (kWh)	Valor do Imposto
Garagem de Energia	R\$ 32,41	33,81%
Transmissores	R\$ 3,60	2,77%
Distribuição (Cabo)	R\$ 29,84	22,88%
Perdas de Energia	R\$ 0,98	7,32%
Energias Sotadas	R\$ 2,13	2,23%
Tributos	R\$ 30,69	30,03%
Total	R\$ 99,65	100%

Consumo por Equipamento

Equipamento	Consumo (kWh)	Valor do Imposto	
BASE DE CÁLCULO	90,30	25,00	23,00
ICMS	90,30	0,80	0,85
PIS	90,30	4,15	3,50
COPINS			

Consumo por Equipamento

Equipamento	Consumo (kWh)	Valor do Imposto
Consumo - TUDO superior a 30 até 100 kWh	0,02421200	
Consumo - TUDO superior a 100 até 220 kWh	0,16362000	
Consumo - TE até 30 kWh	0,26434000	
Consumo - TE superior a 30 até 100 kWh	0,08782200	
Consumo - TE superior a 100 até 220 kWh	0,16061000	
Consumo - TE superior a 220 kWh	0,22596000	

Consumo em kWh por Equipamento

JAN20	180
DEC19	182
NOV19	181
OUT19	185
SET19	173
AGO19	178
JUL19	174
JUN19	174
MAI19	180
ABR19	187
MAR19	151
FEV19	178
JAN19	189

Consumo por Equipamento

Equipamento	Consumo (kWh)	Valor do Imposto
Garagem de Energia	R\$ 32,41	33,81%
Transmissores	R\$ 3,60	2,77%
Distribuição (Cabo)	R\$ 29,84	22,88%
Perdas de Energia	R\$ 0,98	7,32%
Energias Sotadas	R\$ 2,13	2,23%
Tributos	R\$ 30,69	30,03%
Total	R\$ 99,65	100%

Consumo por Equipamento

Equipamento	Consumo (kWh)	Valor do Imposto	
BASE DE CÁLCULO	90,30	25,00	23,00
ICMS	90,30	0,80	0,85
PIS	90,30	4,15	3,50
COPINS			

Consumo por Equipamento

Equipamento	Consumo (kWh)	Valor do Imposto
Consumo - TUDO superior a 30 até 100 kWh	0,02421200	
Consumo - TUDO superior a 100 até 220 kWh	0,16362000	
Consumo - TE até 30 kWh	0,26434000	
Consumo - TE superior a 30 até 100 kWh	0,08782200	
Consumo - TE superior a 100 até 220 kWh	0,16061000	
Consumo - TE superior a 220 kWh	0,22596000	

[illegible][illegible]

Este comunicado NÃO substitui o Voto do eleitor anterior e o Voto Contínuo depositado em urna eletrônica. Caso o eleitor não tenha o tempo necessário para votar antes de se retirar da urna eletrônica, poderá ocorrer o anulação do voto e o eleitor poderá votar novamente em qualquer urna eletrônica disponível no dia da eleição. Para mais informações, consulte o site www.tse.jus.br.

	CONVÊNTO CARUARU	VALOR ANUAL (R\$ 1.000)	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC		0,00	0,00	10,18	20,30
PIB		0,00	3,91	0,23	12,45
DMIC		0,00	3,86	0,00	0,00

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	221

Little DICKY 12.22

USD - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 31,94



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.170.884 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edmilson Peridônio Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.698.244 / 48

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Edmilson Peridônio Ferreira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.698.244 / 48, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA RICARDO PILAR	Número: 332	Complemento: CASA
Bairro: SÃO FRANCISCO	Cidade: CARUARU	Estado: PE
E-mail: rose.silva.seguros@hotmail.com	CEP: 55.000-000	Tel.(DDD): 81 99285-3008

Local e Data: CARUARU, 10-03-2020

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante



Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

[illegible]

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Registro N°:

Leito N.º:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
30/11/19	8h	to ortopedeo 4D: Fr 5^a RDD no 07: - 20cm restab NV punto ca: 12.15 Dr. Marcos Heringer Traumato - Ortopedista CRM-PE 23507 / RCO 16190

Dr. Marcos Heringer
Traumato - Ortopedista
CRM-PE 23501/EOT 16190

S
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente:

Registro Nº:

Clínica:

Leito Nº:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
23/11/19	Boon	+ Lumbago + Ao Juntar 5º ao 6º + Notado dor Pain de um lado sem dor no outro Jo. up em to com 1º e 2º cr! dor de ombro e + dor Pain 2º e 3º 29/11/19 Ret ordo m + 51 Dor Dor no lado do ombro Dr. Alfredo Lourenço Ortopedia - Dor CRM-PE 21880

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

14/08/1986

ID: 349485

Male

33 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO ...

Ac. Nb: 321844

Acq.: 13/01/2020

Acq.: 09:12:33

10 cm

AP

RDIR

Frame: [1] 1/1

Zoom: 18,8%

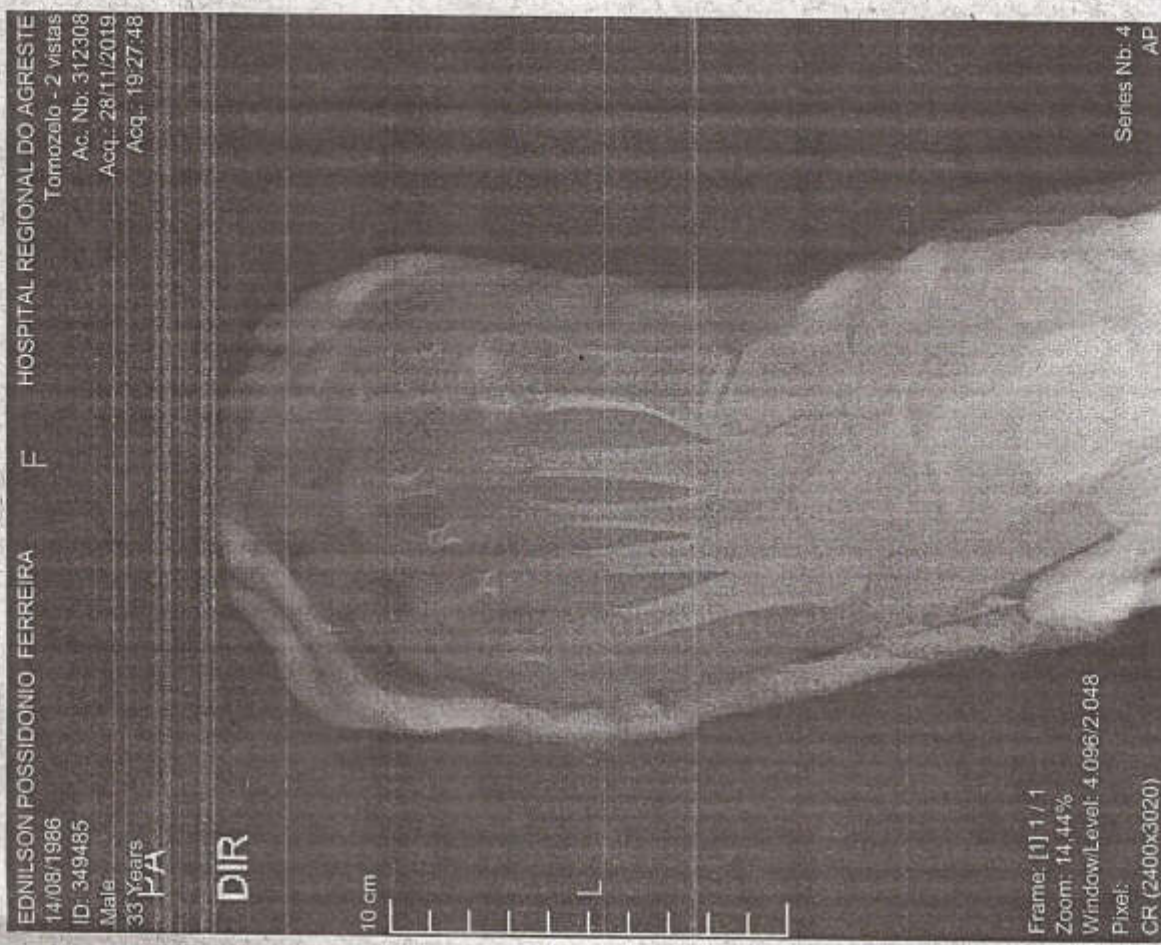
Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

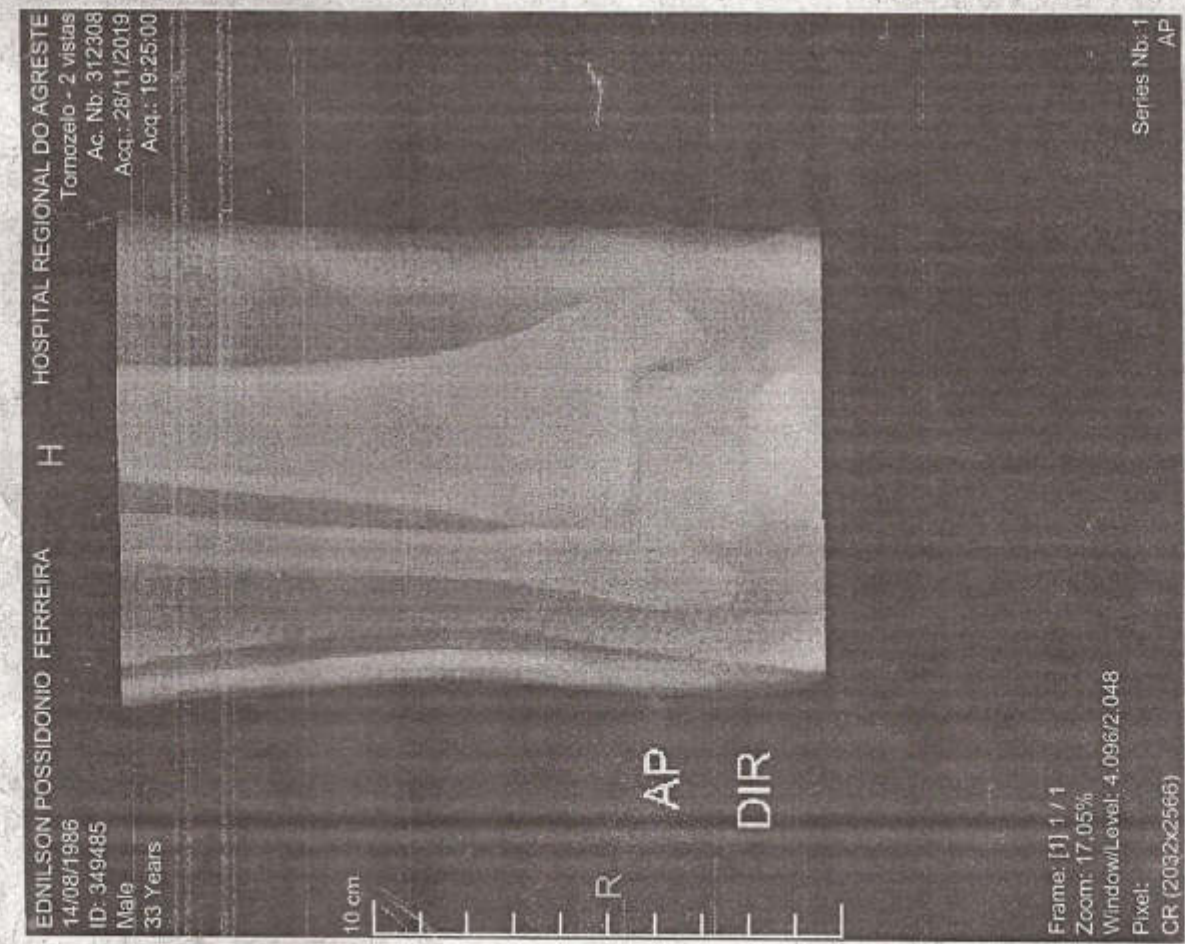
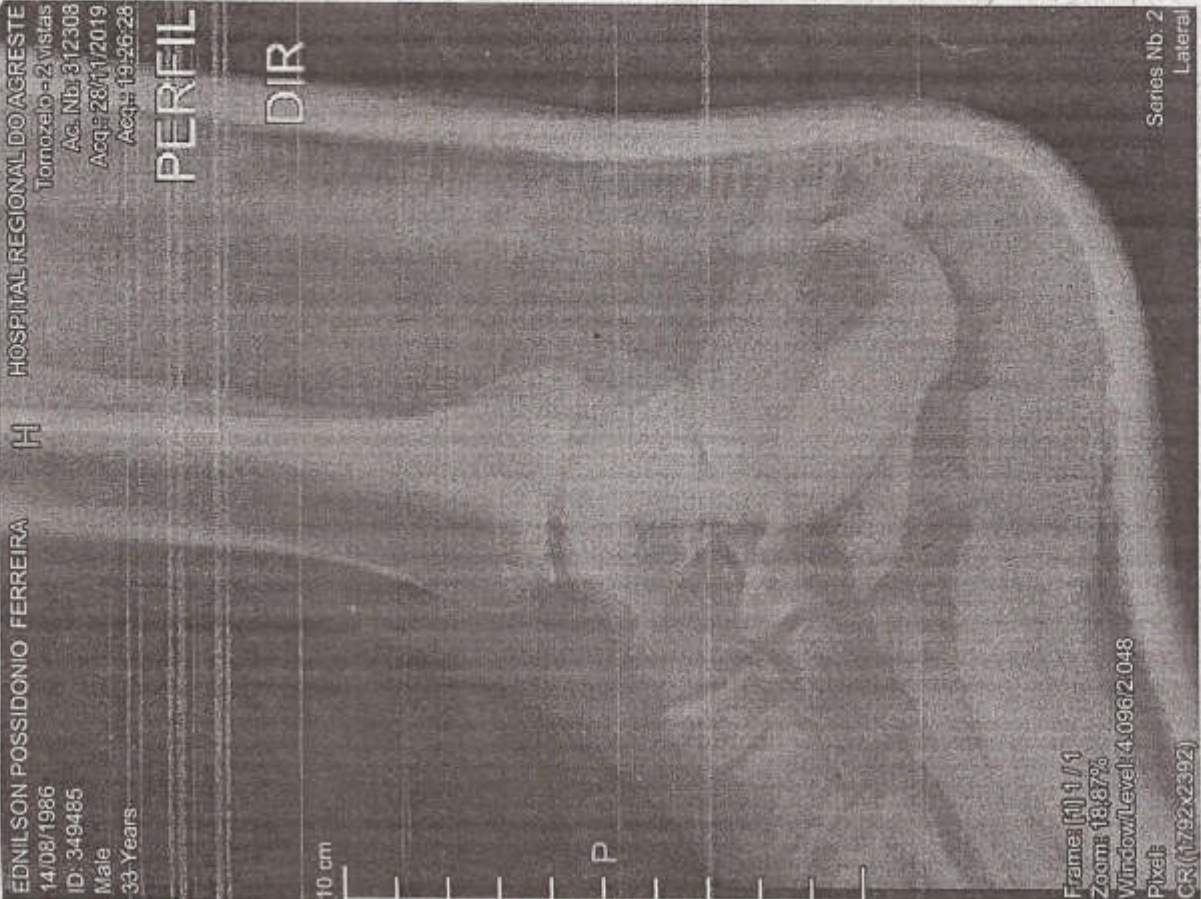
CR (2400x3020)

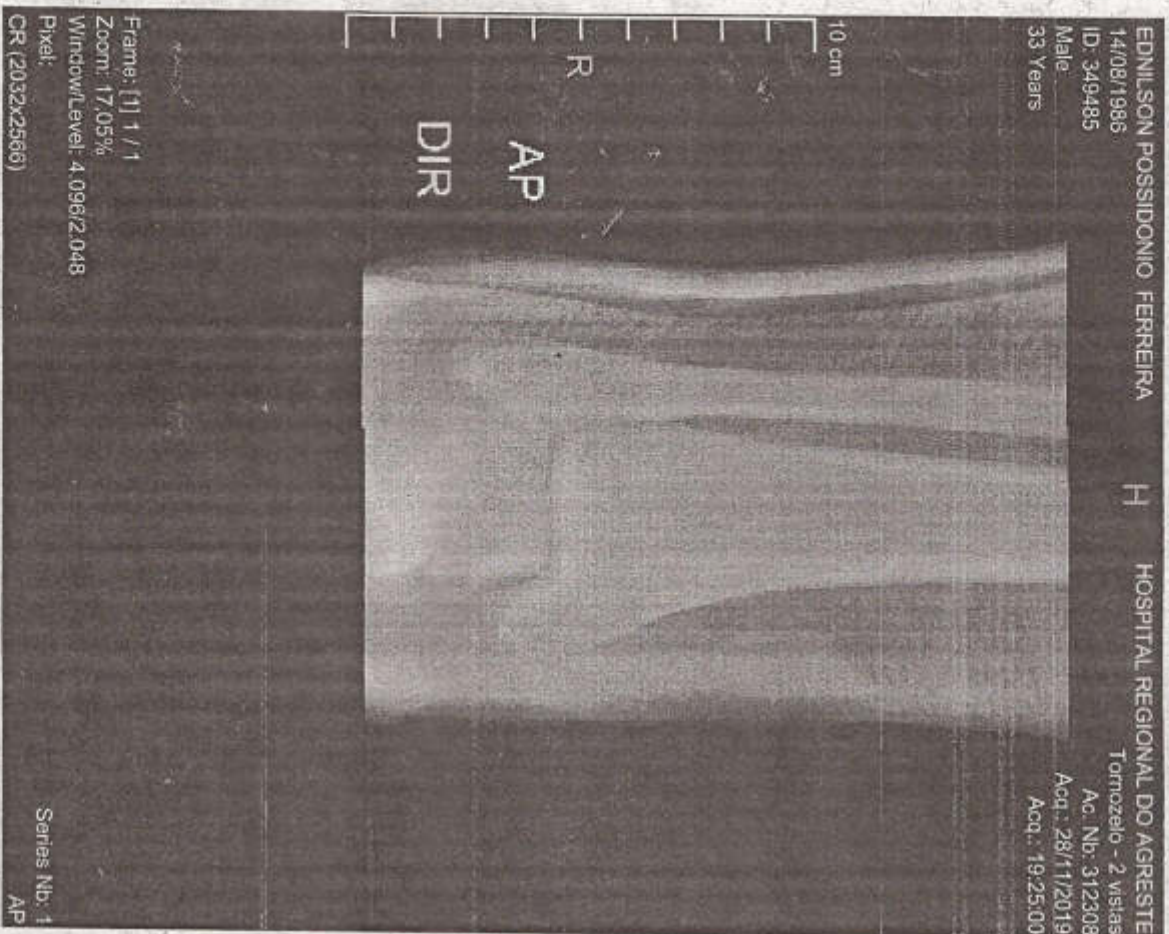
Series Nb: 1

AP



41





EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

14/08/1986

ID: 349485

Male

33 Years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO

Ac. Nb: 321844

Acq: 13/01/2020

Acq: 09:13:45

10 cm

PERFIL
DIR

P

Frame: [1] 1/1

Zoom: 18.8%

Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (2400x3020)

Series Nb: 2

Lateral



CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

NOME: Eduilson Peridonio Ferreira

IDADE: 33 anos

REGISTRO: _____

HORA: _____

:

DATA DE NASCIMENTO: _____

____/____/____

HISTÓRIA ATUAL:

paciente vítima de acidente motorístico com dor e
edema em tornozelo e pé @, com fr de
médula ext. e fr de 5º PDD em el feimento
lorel

EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

@ Fr Maledo

@ Fr Exposta 5º PDD ?

CONDUTA:

@ Enc. para avaliação de traumatológico

TRANSFERIDO PARA: _____

HRA

SENHA: 5820108

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM _____

NÃO _____

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: _____

Dr. Márcio Gomes
Médico
CRM: 12.345



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Edmilson Benício Pereira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81918100411414181016191134108186

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒

1

Fem. ☐

3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Jesusa Maria dos Santos

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença no 5º PDD, há 2 dias após
colisão moto-carro.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quadro clínico agudo

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

Rx + Arterioesclerose + AVC

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença Ex-poste 5º PDD

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento clínico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

22 NOV 2016

22 NOV 2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

cient: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

ciente:

Data de Nascimento: 14/08/1986

Sexo: Masculino

Idade: 33

Senha: U0024

Convênio:

Atendimento:

SAME:

Período: 22/11/2019 18:16 - 22/11/2019 18:17

ANDREA KAROLINY SOUZA SILVA - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXA DE DOR E EDEMA
EMTORNOZELO D. APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM 5º PDD.

Observação: COM SENHA: 5820108

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ANDREA KAROLINY SOUZA SILVA - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/11/2019 18:17

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Edmilson Dorivaldo de Koss Dora Nº do Registro:

Clínica: Ortop. Nº do Leito:

Operador: Dr. Cleiton

1º Assistente: 2º Assistente:

Instrumentador: Anestesista:

Anestesia: Local Duração:

Data da Operação: 09/01/2020 Início: Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura Exposta 5º PDI

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: Limpeza cirúrgica

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Retorno DDH, sob anestesia local
Antiméptico + Analgésico + Antiespasmódico
campos cirúrgicos antissépticos
Obtensão Fratura Exposta 5º PDI
Realizada Limpeza cirúrgica com
eliminação do tecido necrótico +
+ irrigação com 140,9% + Aproximação
por pinos + sutura + curativo
curativo
A R P A

CA
Dr. Cleiton Dorivaldo de Koss Dora
CRM: 22222

12/01/2020

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Fednilson Pericócio Kossler N° do Registro:Clínica: Ortop. N° do Leito:Operador: Dr. Cleiton

1° Assistente:

2° Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: Local

Duração:

Data da Operação: 09/01/2020 Início: Término:Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura Exposta 5° PDD

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: Limpeza cirúrgica

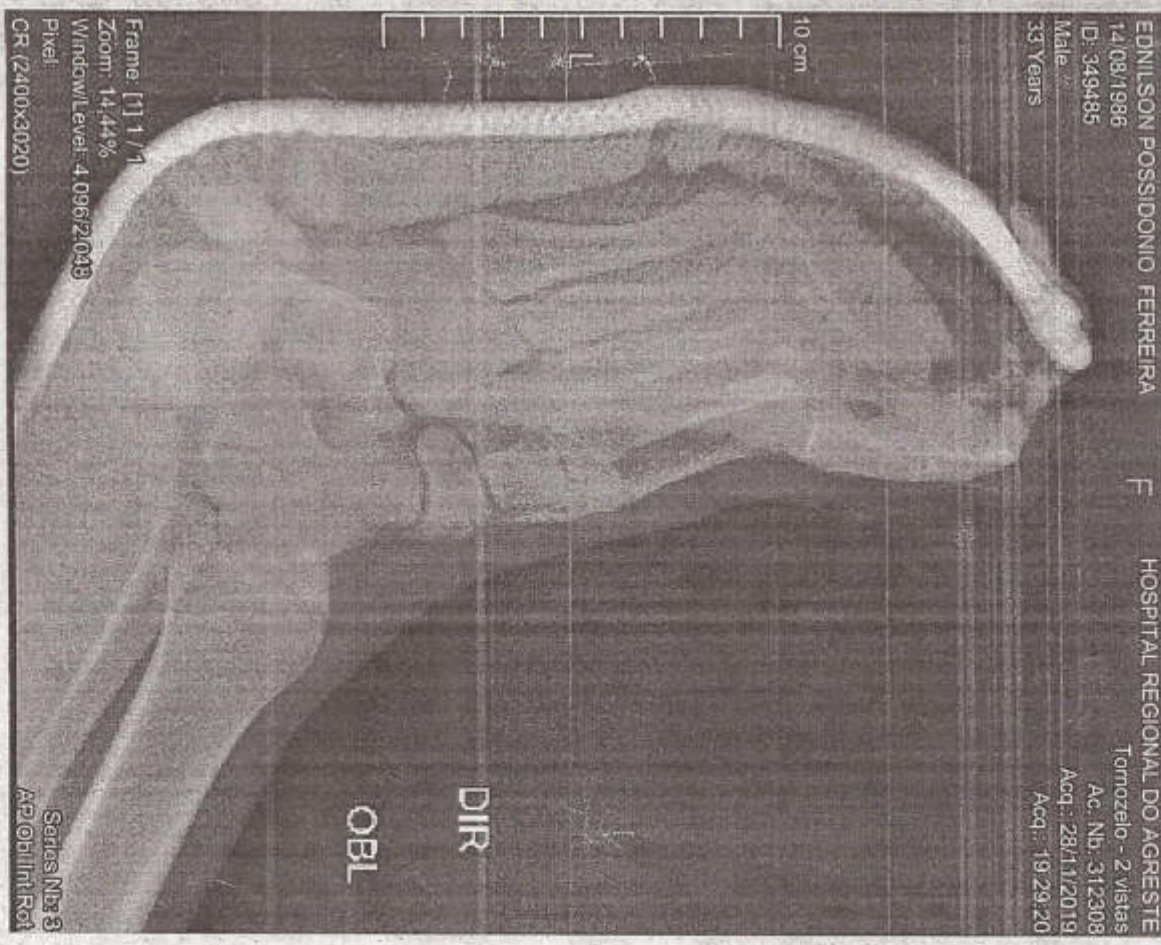
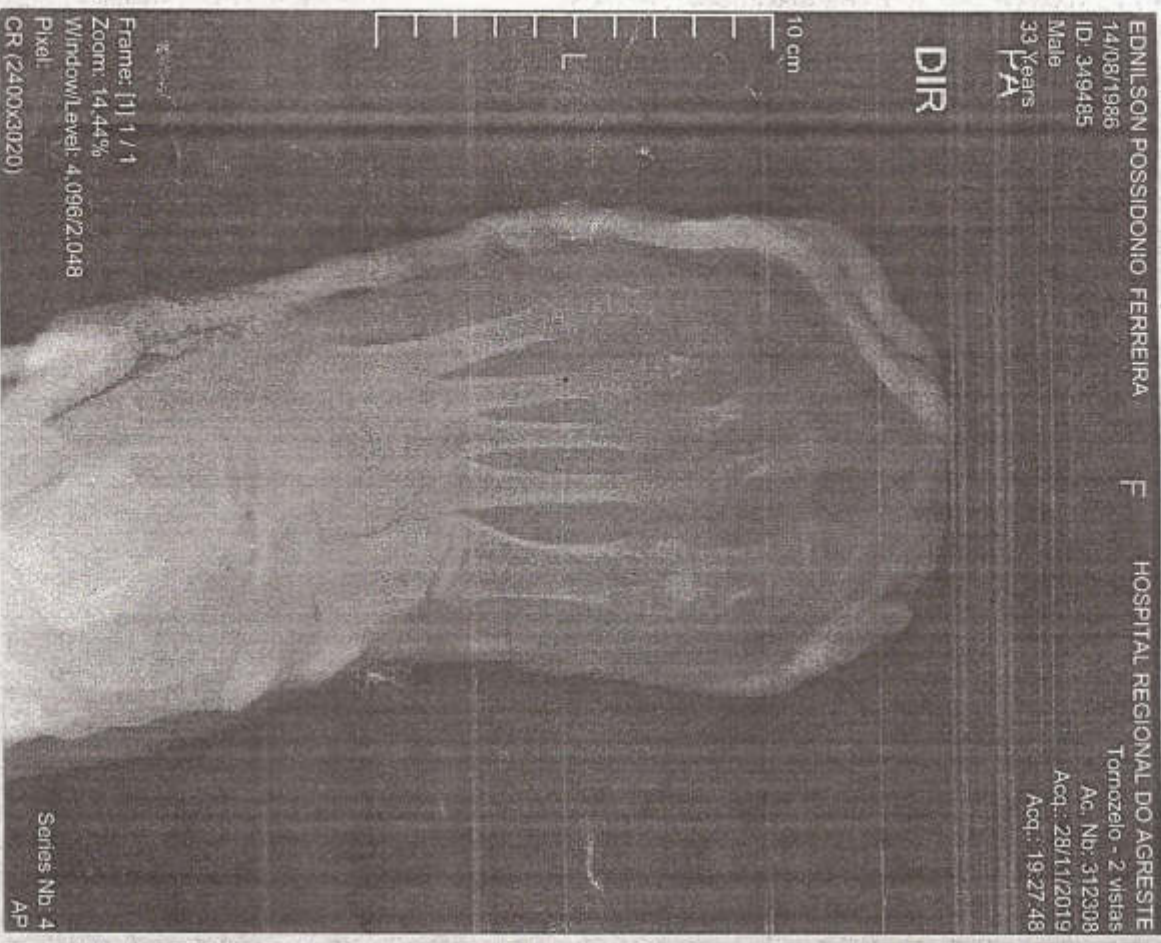
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Retornar DDH, sob anestesia local
 Antissepsia + PMAP + Aplicação
 campos cirúrgicos padrão
 Obter acesso fratura Exposta 5° PDD
 Realizada limpeza cirúrgica com
 irrigação de + xic. Desbridamento
 + irrigação com NAC, 9% + Antioxi-
 mação por plasma + Sertelgo + Curativo
 Curativo
 RARPA



12/01/2020

41



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
PERAL 7.149.904

DATA DE
EXPIRAÇÃO 14/04/2011

NOME << EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA >>

PREACAO << JOSÉ POSSIDONIO FERREIRA >>
<< JOSEFA MARIA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE SÃO JOAQUIM DO MONTE - PE

DATA DE NASCIMENTO 14/08/1986

DOC ORIGEM << CN.6417 L.154 F.36V CART. DIST.
LUITEPORA-BONITO-PE 16.10.1986 >>

CPF

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/08/2007

F-43 54.312 - 4121

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO LAVAREDEIRO

00 R 20

INCLUIR DIREITO

Ednilson Possidonio Ferreira

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

055.698.244-48

Nome

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

Nascimento

14/08/1986

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão

01/11/2007

BANCO DO BRASIL

DETRAN - PE Nº 014206749936
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 986644595 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
REGINALDO GUEDES DA SILVA

CARUARU-PE 0

CPT / CNPJ 217.077.158-15 PLACA KEV8270

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9CDNF41LJ0M212465

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO JTM / SUZUKI EM125 YF2 ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP. / POT. / CIL 2P / 125CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	IPVA 2019 QUITADO		1º	*****
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º	*****
	1	*****	3º	*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 80.43 DATA DE PAGAMENTO 13/02/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCIAME
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOTO CARUARU Roberto Carlos Moreira Fontelle DATA 25/03/19

DIRETOR PRES EXPEDICOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200134320 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA **Data do acidente:** 22/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL E DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TORNOZELO E CIRÚRGICO DO PÉ.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO E 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO E MODERADO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			11,25 %	R\$ 1.518,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105235/20

Vítima: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

CPF: 055.698.244-48

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

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

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA : 055.698.244-48

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: 30/03/2020
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Edmilson Possidonio Ferreira
brasileiro (a), estado civil: solteiro, profissão: Recuso,
RG nº 7149904, CPF/MF nº 055 698 244-48, com
endereço residencial na Rua: do Cedro - 1204
Rendeiras
Baruara - PE

OUTORGADO:

Nome: _____
brasileiro (a), estado civil: solteira, RG nº 9000-356,
CPF/MF nº 029 170 884-70, com endereço residencial na
Rua: Ricardo Pilon, 332
São Francisco
Baruara - PE

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório –
DPVAT, por natureza Invalidiz da Vítima
Edmilson Possidonio Ferreira CPF 055 698 244-48 e
cujo Sinistro ocorrido no dia _____.

Baruara, 10 de Março de 2020.



x Edmilson Possidonio Ferreira

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE

Rosiane da Silva Mota Vieira
RUA LUIZ GOMES RIBEIRO, 11 - CENTRO - CEP 55010-000 - TEL. (51) 3011-2141 / 3011-2142 - FALCÃO - CARUARU - PE

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

sele N° 0077073.ICB03202001.01746

do(f) fe. CARUARU, 10/03/2020 10:46:09 Em test. da verdade.



Rosiane da Silva Mota Vieira
Rosiane Zacarias Mota Vieira

Emol R\$4,12 TSNT R\$0,82 Perm R\$0,04 Funseg R\$0,08 ITR R\$0,21 Tot R\$5,27 / ROSIANE

Consulte autenticidade em: www.tpo.jus.br/selodigital ou pelo QR CODE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105235/20

Vítima: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

CPF: 055.698.244-48

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA

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

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

EDNILSON POSSIDONIO FERREIRA : 055.698.244-48

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: 30/03/2020
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges