

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5171666 DATA DE EXPEDIÇÃO 28-02-1994

NOME BENICIO CORREIA DA SILVA

FILIAÇÃO Igara Correia da Silva e Maria José Elias da Silva

NATURALIDADE Paulista-PE DATA DE NASCIMENTO 05-09-1978

DOC ORIGEM C.Nasc. 5752, Fls 139v, L 82A

CPF Exp. Cart. Pandalha-PE

SINATURA DO DIRETOR MATTOO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO 17

08 N 41

ASSINATURA DO TITULAR Benício Correia da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 023.020.364-76

Nome BENICIO CORREIA DA SILVA

Nascimento 05/09/1978

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5171666 DATA DE EXPEDIÇÃO 28-02-1994

NOME BENICIO CORREIA DA SILVA

FILIAÇÃO João Correia da Silva e Maria José Elias da Silva

NATURALIDADE Paulista-PE DATA DE NASCIMENTO 05-09-1978

LOCAL DE ORIGEM C.Nasc. 5782, Via 199v, L 82A

CPF Exp. Cart. Pandeira-PE

SINATURA DO DIRETOR DE MATTO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTeira DE IDENTIDADE

SINATURA DO TITULAR Benicio Correia da Silva

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DA IDENTIDADE

08 N 42

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 023.020.364-76

Nome BENICIO CORREIA DA SILVA

Nascimento 05/09/1978

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
COORDENADORIA GERAL DE HABITAÇÃO

CÓDIGO EM TELA
O TITULAR DO TÍTULO
1302534384

NOME
RUBENS ALFONSO DE ALMEIDA



COC IDENTIFIC/SPA EMISSOR/UF
4250434 SEP SP

CPF
015.419.384-34

DATA NASCIMENTO
15/06/1971

ENDEREÇO
RUA DO COMÉRCIO DE
ALMEIDA
MARIA JOSE DE ALMEIDA

PROFISSÃO
NÃO

PROFISSÃO
NÃO

PROFISSÃO
00405215750

PROFISSÃO
29/10/2016

PROFISSÃO
25/01/2009

COMENTÁRIOS
SEM OBSERVAÇÕES

PROFISSÃO PLASTIFICADA
1302534384

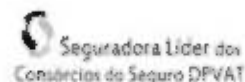
LOCAL
CARPINTAR - PR

ENTRADA
15/10/2016

ASSINATURA DO TITULAR
2034333844
PROFISSÃO PLASTIFICADA

RETRATOS DE HABITAÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067274/20

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

CPF: 023.020.364-76

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/11/2019

Titular do CPF: BENICIO CORREIA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

BENICIO CORREIA DA SILVA : 023.020.364-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/02/2020
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200083441

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

Data do acidente: 16/11/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO.
TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO DO PUNHO DIREITO ASSOCIADO A DÉFICIT DA FORÇA MUSCULAR.
AUSÊNCIA ANATÔMICA DA FALANGE DISTAL DO QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO.
SEM ALTERAÇÕES ABDOMINAIS AO EXAME FÍSICO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO (FIXAÇÃO METÁLICA), SUTURA DO COTO DA FALANGE DISTAL DO QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO E TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO.
REALIZOU FISIOTERAPIA.
VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO PUNHO DIREITO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO POR AUSÊNCIA ANATÔMICA DA FALANGE DISTAL.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/03/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Benício Correia da Silva, Brasileiro (a),
portador(a) do RG nº 51.71.666, SSP/PE inscrito(a) no CPF sob
nº 023.10201364-76 Residente na Rua
Rua Gmze Nº 63 Bairro Primavera Município
de Paudalho -PE,

OUTORGADO: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA, Brasileiro, Portador do RG:
4.250.694, SSP/PE, Inscrito no CPF sob o nº 919.419.384-34, Residente na rua Lo. Primavera,
Primavera, Paudalho-PE

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o(a) OUTORGANTE acima
qualificado(a), nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO, para Representa-la
Perante as SEGURADORAS que Constitui o CONSORCIO DO SEGURO DPVAT, na
cobertura: DAMS/INV, Vitima de acidente de trânsito no dia 16/11/2019.
Podendo para este fins /prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher
Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, Solicitar perícias, pegar cópia de
BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer Delegacias deste Estado de Pernambuco, Solicitar
e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA da POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO, Solicitar e
pegar cópia de prontuário médico, também solicitar e pegar ficha de esclarecimento ou boletim
de emergência em quaisquer Hospital Particular, Municipal, Estadual, Federal, Solicitar e pegar
BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer posto da POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL,
Solicitar e pegar declaração junto ao SAMU e ao CORPO DE BOMBEIROS, em fim tudo o mas
necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

Paudalho . 15 / 01 / 2020

Reconheço
Antônio Machado Campos

Benício Correia da Silva

OUTORGANTE

Serviço Notarial de Paudalho Mônica Machado Campos Magalhães - Tabelião Titular
Rua Genito Silva, 40 - Centro - Paudalho / PE - Cep: 55.545-000 - Fone: (81) 3836-1045 - www.servicionot.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma BENICIO CORREIA DA SILVA,
dout. Paudalho/PE, 15/01/2020, 15:04:13 MARIA JOSE DE A. S. FLORENCIO, Escrivão autorizado.
Emol: 3.39; TSNR: 0,02; FERM 0,04 ISS: R\$ 0,21
FERM 0,04 FUNSEG 0,08 TOTAL 0,04

Selo: 0073940-2020/222001-00138

Antônio Machado Campos
Escrivão Autorizado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067274/20

Número do Sinistro: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

CPF: 023.020.364-76

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BENICIO CORREIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 28/02/2020
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200083441 Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BENICIO CORREIA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
-----------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BENICIO CORREIA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), BENICIO CORREIA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BENICIO CORREIA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: BENICIO CORREIA DA SILVA

Valor: R\$ 3.543,75

Banco: 104

Agência: 000004739

Conta: 0000014045-8

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.



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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

023.020.364-76

BENICIO CORRÊA DA SILVA

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

5 - Nome completo:

BENICIO CORRÊA DA SILVA

6 - CPF:

023.020.364-76

7 - Profissão:

MÃO ROSSINI

8 - Endereço:

AV. ONZG

9 - Número:

63

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SAIMARONA

12 - Cidade:

SAUDALHO

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

53825-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

81-99253-2981

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: 4739

CONTA: 00014045 8

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 Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (filhos)?

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Saudalho 27/12/2019

BENICIO CORRÊA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

CAIXA
POUPANÇA

4392 6719 0324 6987

BENICIO CORREIA DA SILVA

4739 013 00014045-8

10/24

VISA

Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

Scanned by CamScanner

NOTE 8 PRO
CAMERA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200083441
Nome do(a) Examinado(a): Benicio Correia da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Onze, 63
Primavera Paudalho PE CEP: 55825-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5171666
Data local do acidente: [16/11/2019]
Data local do exame: [10/03/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE FALANGE DISTAL DE 5 QDE, TRAUMA ABDOMINAL FECHADO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSINTESE DO PUNHO DIREITO, SUTURA DO COTO AMPUTADO NA MÃO ESQUERDA, SUPORTE CLÍNICO PARA O TRAUMA ABDOMINAL. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DE PUNHO
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM EXAME ABDOMINAL INOCENTE, SEM SINAIS DE DISFUNÇÃO ORGANICA. TEM PERDA ANATÔMICA DE FALANGE DISTAL DE 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA. PUNHO DIREITO COM BLOQUEIO ARTICULAR, REALIZA FLEXÃO A 40 GRAUS, EXTENSÃO A 30 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO GRAVE DE PUNHO DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR, PERDA ANATÔMICA GRAVE DE 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA.
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 o 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | () "Sem seqüela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela):
PUNHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
5º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

de 2

14/12/2019 11:08



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE Ocorrência N°. 19E0137002536

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/12/2019 às 11:06**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 16/11/2019 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 1, BR 408, - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: BAR DA TRIPA**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NAO EXISTE (AUTOR\AGENTE)
JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA (OUTRO)
BENICIO CORREIA DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

BENICIO CORREIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE ELIAS DA SILVA Pai: AMARO CORREIA DA SILVA Data de Nascimento: 8/8/1975
Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5171886/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1°. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 995487882**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 83, RUA 11, PRIMAVERA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DE MARPEÇAS E IGREJA DO IRMAO SERAFIM**

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

JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): BENICIO CORREIA DA SILVA

CATEGORIA DE VEÍCULO: MOTOCICLETA/HONDAS DO 100 START (objeto apreendido: N° 6
ou VERMELHA - QUINHENTA E CINQUENTA UNIDADE NÃO INFORMADA)

Place: 904437 (PERNAMBUCO) (PAUDALHO) (Roviano) 10017000 (Class)

本公司在 2014 年 12 月 31 日及 2015 年 6 月 30 日，均无受限资产。

And a special model 3000 3000 Composite Gasoline

Complemento 1: Osservazioni

PARA O HOSPITAL MEMORIAL EM GUARAPES. TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO EM RECIFE, POSTERIORMENTE UNIDADE MISTA DE CARIANA CONFORME DT-74889, QUE EM SEQUIDA FOI DA RODOVIA, QUE CAIU NA VIA PUBLICA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA TRATAMENTO EM UM CAVALO QUE ESTAVA NO MEIO DA FAIXA DE ROLAMENTO PARA A RUA 442 SENTIDO PAVULHÃO-CARIANA, QUE AO SE APROXIMAR DO BAR DA BARRA DO DIA 18/11/2019 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA COMPARECEU A ESTA DEPÓSITO A PESSOA DE NOME OICORREIA DA SILVA MELTADO:

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

RENÍCIO CORREIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: RAFAEL LIMA FLORENCIO - Matrícula: 33883-8

de 2

14/12/2019 11:08



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0137002536

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2019 às 11:06

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 16/11/2019 às 06:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PAUDALHO, 1, BR 402, - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BAR DA TRIPA**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO EXISTE (AUTOR \ AGENTE)
JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA (OUTRO)
BENICIO CORREIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

BENICIO CORREIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE ELIAS DA SILVA Pai: AMARO CORREIA DA SILVA Data de Nascimento: 5/5/1978
Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5171000/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 998487882**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PAUDALHO, 63, RUA 11, PRIMAVERA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DE MARPEÇAS E IGREJA DO IRMAO SERAFIM**

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

JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): BENICIO CORREIA DA SILVA

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 100 START** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PE05477** (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: **100270505** Chassi: **9C2KC2500GR018422**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE BENICIO CORREIA DA SILVA RELATANDO: QUE NO DIA 16/11/2019 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA PELA BR 498 SENTIDO PAUDALHO-CARPINA, QUE AO SE APROXIMAR DO BAR DA TRIPA COLIDIU COM UM CAVALO QUE ESTAVA NO MEIO DA FAIXA DE ROLAMENTO DA RODOVIA, QUE CAIU NA VIA PUBLICA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA UNIDADE MISTA DE CARPINA CONFORME QTC-708905, QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL MEMORIAL EM JABOATÃO DOS GUARARAPES.

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

BENICIO CORREIA DA SILVA
BENICIO CORREIA DA SILVA
(VITIMA)

Rafael Lima Florencio
B.O. registrado por: **RAFAEL LIMA FLORENCIO** - Matrícula: **273603-9**



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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

023.020.364-76

BENICIO CORRÊA DA SILVA

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

5 - Nome completo:

BENICIO CORRÊA DA SILVA

6 - CPF:

023.020.364-76

7 - Profissão:

MÃO ROSSA

8 - Endereço:

AV. ONZES

9 - Número:

63

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SAIMARONA

12 - Cidade:

SAUDALHO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53825-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81-99253-2981

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: 4739

CONTA: 00014045 8

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 Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

30 - Vítima deixou nascituro (filhos)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SAUDALHO 27/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

FICHA DE ATENDIMENTO

Remoção do PI HR sem senha

ATC - 708909

1. Hora do chamado: 06:40 2. Chegada ao local: 06:45 3. Saída do local: 06:49 4. Hora de conclusão: 11:58 5. Saída do hospital: 11:58
6. Motivo/Solicitação: Colisão moto x Carro
8. Tipo de recurso: ☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. VTR ☐ 4. Hospitalar ☐ 5. Mto
9. Origem do acionamento: ☐ 1. Domicílio ☒ 2. Via Pública ☐ 3. Unidade de Saúde ☐ 4. SAD
10. Médico regulador: Dr. J. J. J. 11. Rádio operador: Ivan
12. Paciente: Benício Lourenço da Silva 13. Solicitante: Ednaldo
14. Data de nascimento: 05/09/78 15. Idade: 40 16. Sexo: ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino
17. Logradouro: BR 408
18. Bairro: Santa do Carpinha
19. Zona: ☒ 1. Urbana ☐ 2. Rural 20. Município: Paudalho
21. Local de ocorrência: ☒ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio 22. Referência: Dnrc ao Bar da Trupa
23. Ocorrência relacionada ao trabalho: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não
24. Tipo de atendimento: ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa oculta ☐ 3. Obstétrico ☐ 4. Psiquiátrico ☐ 5. Remoção/Suporte
25. Mecanismo do trauma: ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☒ 3. Impacto frontal ☐ 4. Impacto lateral ☐ 5. Impacto traseiro

26. Tipo de vítima: ☐ 1. Pedestre ☒ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado
27. Meio de locomoção da vítima: ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. Apê ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro
28. Natureza do acidente: ☒ 1. Colisão/Abalroamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/ou veículo ☐ 6. Queda ☐ 7. Ignorado
29. Uso de capacete pela vítima: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não se aplica ☐ 3. Choque com objeto móvel ☐ 4. Outro
30. Uso de cinto pela vítima: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não se aplica ☐ 3. Uso de bebida alcoólica pela vítima: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não ☐ 88. Não se aplica

31. Intoxicação Exógena: ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Medicamentos ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros
32. Queda: ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: m
33. Agressão: ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Abuso sexual ☐ 5. Outros
34. Queimadura: ☐ 1. Fogo ☐ 2. Substância química ☐ 3. Fumaça ☐ 4. Têrmica (exceto fogo) ☐ 5. Choque elétrico
35. Tentativa de suicídio: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Outros acidentes: ☐ 1. Afogamento ☐ 2. Soterramento ☐ 3. Não sei ☐ 4. Outros

36. Vias aéreas: ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída ☐ 3. Traqueíteis ☐ 4. Bradipneia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões
37. Respiração: ☒ 1. Normal ☐ 2. Apneia ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão
38. Neurologia: ☐ 1. Normal ☐ 2. Sono/letargia ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão
39. Coloração da pele: ☐ 1. Normal ☒ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Hiperemia ☐ 5. Ictérico
40. Escala de GININATI: ☐ 1. Deficit motor ☐ 2. Desvio da comissura labial ☐ 3. Dificuldade de fala
41. Pupilas: ☐ 1. Miotas ☐ 2. Midríase ☐ 3. Reagente ☐ 4. Não reagente ☐ 5. Isocóricas ☐ 6. Anisocóricas

42. Alergia: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não
43. Usa medicamento: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não
44. Alguns patologias: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não
45. Escala de GLASGOW: ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)
46. Resposta verbal: ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)
47. Resposta motora: ☒ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)
48. Sinais vitais - SSVV: HORA: 06:50 PA: 110x70 mmHg FC: 105 FR: 20 TEMP: 35,6°C HGT: 202 SpO2: 97% ac

49. Principais lesões: Crânio, Face, Pescoço, Dorso, Tórax, Abdômen, Pelve, Membro Superior, Membro Inferior
50. Amputação, Contusão, Escoriação, Emagamento, Perfuração, Contusão, Fratura fechada, Fratura aberta, Laceração, Luxação, Queimadura, Presença de sangramento

51. Principais lesões: Crânio, Face, Pescoço, Dorso, Tórax, Abdômen, Pelve, Membro Superior, Membro Inferior
52. Amputação, Contusão, Escoriação, Emagamento, Perfuração, Contusão, Fratura fechada, Fratura aberta, Laceração, Luxação, Queimadura, Presença de sangramento

53. Principais lesões: Crânio, Face, Pescoço, Dorso, Tórax, Abdômen, Pelve, Membro Superior, Membro Inferior
54. Amputação, Contusão, Escoriação, Emagamento, Perfuração, Contusão, Fratura fechada, Fratura aberta, Laceração, Luxação, Queimadura, Presença de sangramento

55. Principais lesões: Crânio, Face, Pescoço, Dorso, Tórax, Abdômen, Pelve, Membro Superior, Membro Inferior
56. Amputação, Contusão, Escoriação, Emagamento, Perfuração, Contusão, Fratura fechada, Fratura aberta, Laceração, Luxação, Queimadura, Presença de sangramento

57. Principais lesões: Crânio, Face, Pescoço, Dorso, Tórax, Abdômen, Pelve, Membro Superior, Membro Inferior
58. Amputação, Contusão, Escoriação, Emagamento, Perfuração, Contusão, Fratura fechada, Fratura aberta, Laceração, Luxação, Queimadura, Presença de sangramento

59. Principais lesões: Crânio, Face, Pescoço, Dorso, Tórax, Abdômen, Pelve, Membro Superior, Membro Inferior
60. Amputação, Contusão, Escoriação, Emagamento, Perfuração, Contusão, Fratura fechada, Fratura aberta, Laceração, Luxação, Queimadura, Presença de sangramento

65. Conduta

- ☒ 1. Imob. Coluna cervical
☒ 3. Imob. Membros
☒ 5. Oxigenoterapia

- ☒ 2. Utilização de pranchas
☐ 4. KED

Realizado todo protocolo de triagem.

66. Unidade de destino

HR

67. Médico que recebeu

Jamille Cabral
 Cirurgião Geral
 CRM - 21858

68. Equipe

Médico assistente:

Enfermeiro:

Técnico de enfermagem:

Elisabete

Condutor/Piloto:

Guilherme

Responsável pelo preenchimento:

Elisabete

Solicitou apoio de UTI

☐ 1. Sim☒ 2. Não

Observações:

Redirecionamento

☒ 1. Sim☐ 2. Não

Causa:

Destino:

HR

Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.

59. Cancelamento de ocorrência

- ☐ 1. Pelo médico regulador ☐ 2. Pelo solicitante
☐ 3. Por falta ☐ 4. Por cenário de risco para a equipe

60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

☐ subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.

Testemunha:

Assinatura:

RG:

Data:

/ /

61. Múltiplas vítimas

☐ 1. Sim☐ 2. Não

Nº de vítimas:

Cenário:

62. Outras descrições:

Vítima de colisão moto
 + Carro, o mesmo estava
 pilotando a moto de capa
 este que foi tirado da
 memória por populares o
 mesmo está consciente e
 orientado verbalizando
 queixa de forte dor
 abdominal, está com fratura
 fechada no punho (D) e
 amputação parcial da pa-
 lme distal não disse se
 realizado punção com-
 plete + imobilização, at-
 lido pelo médico da UBA
 no local da ocorrência
 estabilizado na UCE. me-
 dicado com 3 tiras 100mg
 e redirecionado sem ob-
 jeção para HR, onde foi atende-
 do realizado tomografia e
 estabilizado com prancha e
 colar cervical, e segue
 sob cuidados médicos e
 de enfermagem.

Assinatura

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: 16/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.543,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BENICIO CORREIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04739

CONTA: 000000014045-8

Nr. da Autenticação DEBBE89F411EB7CB



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50060-002
CNPJ: 10.925.842/0001-08 | Insc. E.F. 0055943-8 | www.cep.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CNZE 83

CPF: 084.138.344-47 NIS: 20012700313

PRIMAVERA PAUDALHO
PAUDALHO PE
55825-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

081507500 UNICA 081002010

18/10/2018	2002500004	2275418
------------	------------	---------

CONTE CONTAINER MILANO

0500522020 10/2019

25/10/2019 19/11/2019

67.43

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	TOTAL (R\$)
Consumo Ativo até 20 kWh			
Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh	20,00000000	0,19758000	3,95160000
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	70,50000000	0,55072974	38,92644450
Acrescimo Bandeira AMARELA	40,00000000	0,50526881	20,21115240
Acrescimo Bandeira VERMELHA			20,32
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,81
ICMS Subvenção-COE-NF 073891520-18/08/18			1,68
Multa por atraso-NF 073891520-18/08/18			12,12
Juros por atraso-NF 073891520-18/08/18			0,71
			1,82
			0,88

TOTAL DA FATURA

Nº DO MOTORISTA	TIPO DA PLACA-ROD.	PERÍODO	BALANÇO INICIAL	SUMÁRIO DE GASTOS	BALANÇO FINAL	Nº DO DIAZ	CORRENTES	AVALIAÇÃO	CONSUMO GERAL
J10698	GAT		R\$ 72.000,00	R\$ 27.260,00	R\$ 184.000,00	21	1.000,00	-	140,00

Month	Cases
OUT 19	140
SEP 19	126
AUG 19	166
JUL 19	100
JUN 19	244
MAY 19	73
APR 19	140
MAR 19	162
FEB 19	145
JAN 19	144
DEC 18	184
NOV 18	172
OCT 18	160

ETDA 0.02M, 0.1M, 0.2M, 0.4M, 0.6M, 0.8M, 1.0M, 1.2M, 1.4M, 1.6M, 1.8M, 2.0M, 2.2M, 2.4M, 2.6M, 2.8M, 3.0M, 3.2M, 3.4M, 3.6M, 3.8M, 4.0M, 4.2M, 4.4M, 4.6M, 4.8M, 5.0M, 5.2M, 5.4M, 5.6M, 5.8M, 6.0M, 6.2M, 6.4M, 6.6M, 6.8M, 7.0M, 7.2M, 7.4M, 7.6M, 7.8M, 8.0M, 8.2M, 8.4M, 8.6M, 8.8M, 9.0M, 9.2M, 9.4M, 9.6M, 9.8M, 10.0M, 10.2M, 10.4M, 10.6M, 10.8M, 11.0M, 11.2M, 11.4M, 11.6M, 11.8M, 12.0M, 12.2M, 12.4M, 12.6M, 12.8M, 13.0M, 13.2M, 13.4M, 13.6M, 13.8M, 14.0M, 14.2M, 14.4M, 14.6M, 14.8M, 15.0M, 15.2M, 15.4M, 15.6M, 15.8M, 16.0M, 16.2M, 16.4M, 16.6M, 16.8M, 17.0M, 17.2M, 17.4M, 17.6M, 17.8M, 18.0M, 18.2M, 18.4M, 18.6M, 18.8M, 19.0M, 19.2M, 19.4M, 19.6M, 19.8M, 20.0M, 20.2M, 20.4M, 20.6M, 20.8M, 21.0M, 21.2M, 21.4M, 21.6M, 21.8M, 22.0M, 22.2M, 22.4M, 22.6M, 22.8M, 23.0M, 23.2M, 23.4M, 23.6M, 23.8M, 24.0M, 24.2M, 24.4M, 24.6M, 24.8M, 25.0M, 25.2M, 25.4M, 25.6M, 25.8M, 26.0M, 26.2M, 26.4M, 26.6M, 26.8M, 27.0M, 27.2M, 27.4M, 27.6M, 27.8M, 28.0M, 28.2M, 28.4M, 28.6M, 28.8M, 29.0M, 29.2M, 29.4M, 29.6M, 29.8M, 30.0M, 30.2M, 30.4M, 30.6M, 30.8M, 31.0M, 31.2M, 31.4M, 31.6M, 31.8M, 32.0M, 32.2M, 32.4M, 32.6M, 32.8M, 33.0M, 33.2M, 33.4M, 33.6M, 33.8M, 34.0M, 34.2M, 34.4M, 34.6M, 34.8M, 35.0M, 35.2M, 35.4M, 35.6M, 35.8M, 36.0M, 36.2M, 36.4M, 36.6M, 36.8M, 37.0M, 37.2M, 37.4M, 37.6M, 37.8M, 38.0M, 38.2M, 38.4M, 38.6M, 38.8M, 39.0M, 39.2M, 39.4M, 39.6M, 39.8M, 40.0M, 40.2M, 40.4M, 40.6M, 40.8M, 41.0M, 41.2M, 41.4M, 41.6M, 41.8M, 42.0M, 42.2M, 42.4M, 42.6M, 42.8M, 43.0M, 43.2M, 43.4M, 43.6M, 43.8M, 44.0M, 44.2M, 44.4M, 44.6M, 44.8M, 45.0M, 45.2M, 45.4M, 45.6M, 45.8M, 46.0M, 46.2M, 46.4M, 46.6M, 46.8M, 47.0M, 47.2M, 47.4M, 47.6M, 47.8M, 48.0M, 48.2M, 48.4M, 48.6M, 48.8M, 49.0M, 49.2M, 49.4M, 49.6M, 49.8M, 50.0M, 50.2M, 50.4M, 50.6M, 50.8M, 51.0M, 51.2M, 51.4M, 51.6M, 51.8M, 52.0M, 52.2M, 52.4M, 52.6M, 52.8M, 53.0M, 53.2M, 53.4M, 53.6M, 53.8M, 54.0M, 54.2M, 54.4M, 54.6M, 54.8M, 55.0M, 55.2M, 55.4M, 55.6M, 55.8M, 56.0M, 56.2M, 56.4M, 56.6M, 56.8M, 57.0M, 57.2M, 57.4M, 57.6M, 57.8M, 58.0M, 58.2M, 58.4M, 58.6M, 58.8M, 59.0M, 59.2M, 59.4M, 59.6M, 59.8M, 60.0M, 60.2M, 60.4M, 60.6M, 60.8M, 61.0M, 61.2M, 61.4M, 61.6M, 61.8M, 62.0M, 62.2M, 62.4M, 62.6M, 62.8M, 63.0M, 63.2M, 63.4M, 63.6M, 63.8M, 64.0M, 64.2M, 64.4M, 64.6M, 64.8M, 65.0M, 65.2M, 65.4M, 65.6M, 65.8M, 66.0M, 66.2M, 66.4M, 66.6M, 66.8M, 67.0M, 67.2M, 67.4M, 67.6M, 67.8M, 68.0M, 68.2M, 68.4M, 68.6M, 68.8M, 69.0M, 69.2M, 69.4M, 69.6M, 69.8M, 70.0M, 70.2M, 70.4M, 70.6M, 70.8M, 71.0M, 71.2M, 71.4M, 71.6M, 71.8M, 72.0M, 72.2M, 72.4M, 72.6M, 72.8M, 73.0M, 73.2M, 73.4M, 73.6M, 73.8M, 74.0M, 74.2M, 74.4M, 74.6M, 74.8M, 75.0M, 75.2M, 75.4M, 75.6M, 75.8M, 76.0M, 76.2M, 76.4M, 76.6M, 76.8M, 77.0M, 77.2M, 77.4M, 77.6M, 77.8M, 78.0M, 78.2M, 78.4M, 78.6M, 78.8M, 79.0M, 79.2M, 79.4M, 79.6M, 79.8M, 80.0M, 80.2M, 80.4M, 80.6M, 80.8M, 81.0M, 81.2M, 81.4M, 81.6M, 81.8M, 82.0M, 82.2M, 82.4M, 82.6M, 82.8M, 83.0M, 83.2M, 83.4M, 83.6M, 83.8M, 84.0M, 84.2M, 84.4M, 84.6M, 84.8M, 85.0M, 85.2M, 85.4M, 85.6M, 85.8M, 86.0M, 86.2M, 86.4M, 86.6M, 86.8M, 87.0M, 87.2M, 87.4M, 87.6M, 87.8M, 88.0M, 88.2M, 88.4M, 88.6M, 88.8M, 89.0M, 89.2M, 89.4M, 89.6M, 89.8M, 90.0M, 90.2M, 90.4M, 90.6M, 90.8M, 91.0M, 91.2M, 91.4M, 91.6M, 91.8M, 92.0M, 92.2M, 92.4M, 92.6M, 92.8M, 93.0M, 93.2M, 93.4M, 93.6M, 93.8M, 94.0M, 94.2M, 94.4M, 94.6M, 94.8M, 95.0M, 95.2M, 95.4M, 95.6M, 95.8M, 96.0M, 96.2M, 96.4M, 96.6M, 96.8M, 97.0M, 97.2M, 97.4M, 97.6M, 97.8M, 98.0M, 98.2M, 98.4M, 98.6M, 98.8M, 99.0M, 99.2M, 99.4M, 99.6M, 99.8M, 100.0M, 100.2M, 100.4M, 100.6M, 100.8M, 101.0M, 101.2M, 101.4M, 101.6M, 101.8M, 102.0M, 102.2M, 102.4M, 102.6M, 102.8M, 103.0M, 103.2M, 103.4M, 103.6M, 103.8M, 104.0M, 104.2M, 104.4M, 104.6M, 104.8M, 105.0M, 105.2M, 105.4M, 105.6M, 105.8M, 106.0M, 106.2M, 106.4M, 106.6M, 106.8M, 107.0M, 107.2M, 107.4M, 107.6M, 107.8M, 108.0M, 108.2M, 108.4M, 108.6M, 108.8M, 109.0M, 109.2M, 109.4M, 109.6M, 109.8M, 110.0M, 110.2M, 110.4M, 110.6M, 110.8M, 111.0M, 111.2M, 111.4M, 111.6M, 111.8M, 112.0M, 112.2M, 112.4M, 112.6M, 112.8M, 113.0M, 113.2M, 113.4M, 113.6M, 113.8M, 114.0M, 114.2M, 114.4M, 114.6M, 114.8M, 115.0M, 115.2M, 115.4M, 115.6M, 11

FOR SCOPES IMPORTANTE

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Conta	Debitado	Credito	Saldo
111 - Caixa			
112 - Bancos			
113 - Valores a Receber			
114 - Fornecedores a Pagar			
115 - Outros			
116 - Total			

Este jornal vende-se (R\$1) individualmente em cada edição ou integralmente (R\$12) com o Guia de Notícias, em duas edições. Anúncios e assinaturas devem ser encaminhados para: Agência de Notícias, Rua da República, 100, 1º andar, 01040-000, São Paulo, SP. Telefone: (011) 3063-1111. Fax: (011) 3063-1112. E-mail: an@agencia-noticias.com.br. Site: www.agencia-noticias.com.br.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA - RIVERSIDE

	PAID	PAID	PAID	PAID
	PAID	PAID	PAID	PAID
UD	0.00	0.00	11.10	22.20
PC	0.00	3.30	6.60	13.20
DMC	0.00	3.30	6.60	13.20
Upd 1974	0.00	3.30	6.60	13.20

Исходные данные

TENSÃO NOMINAL (N)	LIMITE DE VARIAÇÃO (N)	
	MINIMO	MAXIMO
220	209	231

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



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

DADOS DO CLIENTE

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34 NIS: 12523181675

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO PRIMAVERA 5 - PR -

PRIMAVERA/PAUDALHO
55825-000 PAUDALHO PE

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

DATA DE VENCIMENTO

21/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

50,76

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

097029988

CONTA CONTRATO

007026223177

Nº DO CLIENTE

2915924566

Nº DA INSTALAÇÃO

0006468346

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9894.0B82.9EF0.9659.43E4.4687.F64C.7572

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,09967835	2,99
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	76,00	0,17087719	11,96
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	15,00	0,33631578	5,04
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,06172149	1,85
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	76,00	0,15723684	11,90
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	15,00	0,23585826	3,53
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,45
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,12
Multa por atraso-NF 08395735 - 20/12/19			0,86
Juros por atraso-NF 08395735 - 20/12/19			0,41
Atualização GPM-NF 08395735 - 20/12/19			0,88
TOTAL DA FATURA			50,76

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	36,52	0,75	0,27	36,52	3,49
							1,27

Até 15 dias, débitos existentes causarão corte.

Valor	De Rote	Valor
24/01/20	140828	33,79

Nota emitida RAO substitui débitos anteriores a RAO contendo débitos em processo judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de suspensão, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer a cobrança conforme os critérios definidos no Art. 88 RER 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de inadimplência de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,09967835	FEV 20	115
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,17087719	JAN 20	119
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,33631578	DEZ 19	127
Consumo-TE até 30 kWh	0,06172149	NOV 19	138
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15723684	OUT 19	125
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,23585826	SET 19	116
		AGO 19	114
		JUL 19	115
		JUN 19	125
		MAY 19	157
		ABR 19	135
		MAR 19	129
		FEV 19	102

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	16,98	46,19
Transmissão	1,83	5,28
Distribuição (Celpe)	11,72	32,89
Encargos Setoriais	1,14	3,12
Tributos	1,54	4,32
Perdas de Energia	3,68	10,10
TOTAL	36,52	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊS/ANO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DEAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
09090003170294725	CAT	17/01/2020	3.350,00	14/02/2020	3.465,00	28	1,00000	0,00	115,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/03/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AMPLIADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
dez/2019					
DIC-Med. de horas sem Energia	PAUDALHO	3,25	10,87	21,74	43,48
PIC-Med. de vezes sem Energia		1,00	7,87	15,34	30,69
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		3,25	5,88	0,88	0,99
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 15,00
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,28					
Tudo Considerado pelo leitor e monitorado dos indicadores DIC, PIC, DMC e DICR a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Indentamente enviada: av. costa e silva centro / postmark comunicação assessor: 7 genuine silva 48 controlista completa em www.celpe.com.br. Na data da 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 (tensão do ICMS conforme art. 8, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 30,24. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AXX

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026223177	02/2020	50,76	21/02/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 Ovidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

Manoel Antonio de Almeida
919.489.384,34

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Benício Correia da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.020.364-76

do sinistro de DPVAT cobertura

invalidiz

da Vítima

Benício Correia da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

023-020.364,76

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. 298 do Código Penal.

Endereço:

Lo Primavera

Número:

5

Complemento:

Caba

Bairro:

Primavera

Cidade:

Paudalho

Estado:

PE

CEP:

55825 000

E-mail:

Tel (DDD):

(85) 9.9534-7625

Local e Data:

Paudalho 14/02/2020

Assinatura do Declarante

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº. Ocorrência: 0071954

Prontuário: 00040846-8

Nome: BENICIO CORREIA DA SILVA

Idade: 41 ANOS, 2 MESES E 11 DIAS

Endereço: LOT. PRIMAVERA - RUA 11

Dt. Nasc.: 05/09/1978 - Sexo: M Est. Civil: CASADO

Cidade: PAUDALHO/PE

Bairro: PRIMAVERA

CEP:

Documento:

CNS:

Nac:

Mãe: MARIA JOSE ELIAS DA SILVA

Sispre natal:

Tel.:

Profissão: PEDREIRO

Pai:

Responsável: LEONARDO - VIZINHO

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
16/11/2019 07:15	0071954	ACIDENTE DE MOTO
16/11/2019 07:14	0071953	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura
	110x60	HGT: 92			

Queixas / Diagnóstico

saOz: 95% em venturi
Pote vtrac de colao
autobalística: POSSIV
Hemograma abdominal.

Tratamento

TRAMADOL 02AMP EV

Dr. Rodrigo Wanderley
Médico
CRM/PE 27219

Exames complementares**Impressão diagnóstica**

CID

40: TRAUMA ABDOMINAL

Motivo da saída:Residência ☐ Internado ☐**Justificativa:****Encaminhado:****Removido:****Óbito:**

is _____ h _____ m do dia _____

Data saída:**hora saída:**

Data da impressão: Sábado, 16 de Novembro de 2019 às 07:15

Recepcionista: SILVIA LUCAS

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	
	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada	HORÁRIO:
<input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: BENICIO CORREIA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

DATA DE INTERNAMENTO: 20/11/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 25/11/2019

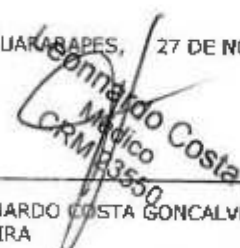
DATA DE ALTA: 27/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 09/12/2019

HORÁRIO: 07:00.

MEDICO ASSISTENTE: DR. GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 27 DE NOVEMBRO DE 2019


MEDICO: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: BENICIO CORREIA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

DATA DE INTERNAMENTO: 20/11/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 25/11/2019

DATA DE ALTA: 27/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 09/12/2019 **HORÁRIO:** 07:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 27 DE NOVEMBRO DE 2019


Medico
CRM 21550

MEDICO: LEONARDO COSTA GONCALVES DE
OLIVEIRA

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: BENICIO CORREIA DA SILVA

PRONTUÁRIO: 777927

SOLICITO:

RX DE PUNHO DIR AP PERFIL

DR(a): GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

ASSINATURA E CARIMBO

Leonardo Costa
Médico
CRM 5550

