

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

02

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	<u>AMARELO</u>	VERDE	AZUL
Nome:	Lucilândia Ferreira da Silva			Idade: 30 A
Situação/Queixa:	da em MSE (Combustível) usava um devido a queda de moto.			
	Usou com Bombeiros Militar			
PROCEDÊNCIA				
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:	
Doenças Preexistentes:				
Medicações em uso:				
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS: <u>Não sabe</u>				

PARÂMETROS							
PA	P.	R.	T.	SpO2:	HGT.	Peso:	Glasgow

RÉGUA DE DOR		
LEVE	MODERADA	GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NAO	
<u>Consciente</u>	<u>Orientado</u>
Agitado	Torporoso
Desorientado	Comatoso
Ansioso	<u>Calmo</u>
Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA		
INTENSA	MODERADA	LEVE

Duração da dor:
Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR					
Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme

DOR PRESENTE		
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA

Fluxograma:	<u>do Ortopedista</u>
-------------	-----------------------

Data: 25/06/2020

Assinatura/Carimbo

PROTOCOLO

Dr. Diego Carneiro
Enfermeiro Obstetra
COREN-PE 397078

HOSPITAL REGIONAL DE
GARANHUNS
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE
- GARANHUNS - PE -

[illegible][illegible]

Architectural Curricula

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 178207	Data e Hora do Atendimento 25/06/2020 às 13:23:50	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000123913 - LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

NS: 707500216231490 Nascimento: 15/10/1989 Idade: 30 anos Sexo: Feminino Cor: Parda

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: AGRICULTORA Naturalidade: PEDRA -PE Nacionalidade: Brasileiro

 Documento: Ignorado
 Filiação:
 Pai:
 Mãe: QUITERIA FERREIRA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA DR MANOEL ELPIDIO DE MELO, Nº. 416

Complemento:

Bairro: NILO COELHO

Cidade: Garanhuns

UF: PE

Telefone:

Acompanhante:

 Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: COHAB III Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: CRM: /

Queixa Principal:

História:

História do Trauma:

 Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

 Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

 Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

 Motorista ☐

 Passageiro ☐

 Tropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:

 Tipo de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

 Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

 Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte realizado por:

 Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Exame físico:

 1: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °C

2: Respiratório

3: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

 4: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

 Glasgow: Abertura Ocular
 Escala: Hora:

 Glasgow: Resposta Verbal
 Escala: Hora:

 Glasgow: Resposta Motora
 Escala: Hora:


Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Cód. Procedimiento

Ass Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado☐ Inalterado ☐ Piorado☐ Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / / Hora:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

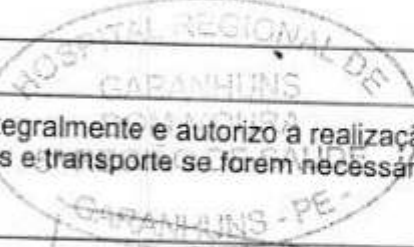
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

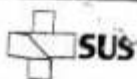
Assinatura:



COMPREV MDA - PREVIDÊNCIA STA

22 SET 2020

PROTOCOLLO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Lucyclaudia ferreira da silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00255580

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 7 5 0 0 2 1 6 2 3 1 4 9 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

15 / 10 / 1989

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☒

10 - RAÇA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

Quiteria ferreira da silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

8 7 9 9 9 9 1 9 7 2

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Dr. Emanuel Epidio de melo, n:416 Dom Helder camara

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Garanhus

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2606002

18 - UF

P E

19 - CEP

5 5 2 9 1 0 2 0

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Do Sr. Lucyclaudia MSK, debrui-
doe de infarto do miocárdio, dor
torácica, dor no membro superior
inferior MSK

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cuidado

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

As Brucelose e STI

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Brucelose e STI

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Atendimento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020393

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antonio Romão de Freitas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

42 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

20-06-2020

12

02

27/06 a 30/06/2020

Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS
 DATA DA SOLICITAÇÃO: 25/06/2020 15:53
 MÉDICO SOLICITANTE: RADNER CAVALCANTI DE MAGALHES MAURICIO
 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 23544

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA
 Nº DO PRONTUÁRIO: 727910
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
 DATA DE NASCIMENTO: 15/10/1989
 SEXO: Feminino
 NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: QUITERIA FERREIRA DA SILVA
 TELEFONE DE CONTATO:
 ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Cód. IBSG Município: UF: CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
 DOR E DEFORMIDADE EM MIE. DATA DA FRATURA 25/06/2020

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:
 FRATURA DE UMERO ESQUERDO

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
 URGÊNCIA

DOCUMENTO:
 () CNS (X) CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE(SISTENTE):
 06873970489

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:
 CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
 26/06/20 14:26

TIPO DE LITO:

CIRURGICO

ESPECIALIDADE:

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
 JOSEANE CLECIA PATRIOTA NOGUEIRA DE CARVALHO

DATA DA SOLICITAÇÃO:
 25/06/20 15:53

DOCUMENTO:
 () CNS (X) CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
 94579440463

CÓD. ORÇÃO EMISSOR:
 CRM 13769

ESCLARECIMENTOS

Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Data / Hora	Tipo de Comunicação	Usuário	Estabelecimento
26/06/20 14:	Telefone	ISABELAAP	CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE

Contato

ENF LUANA

Título da Comunicação

MONITORAMENHTO

Descrição

SOLICITO A ENFERMEIRA LUANA (HDM) BREVIDADE NO ENVIO DE IMAGENS DE RAIO-X, SOLICITADO POR ENF CAMILA(CSSV) PARA DEFINIÇÃO DE SOLICITAÇÕES.

CRH NO AGUARDO.

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





Hospital São Vicente

Data Atend: 27/06/2020		Atendimento: 0037698		Quarto/leito: 306 / 4	
Paciente: 00255580 - LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA					
Data Nasc: 15/10/1989		Idade: 30 Anos		Sexo: Feminino	
Estado Civil: Solteiro		Profissão: AGRICULTORA		Naturalidade: PEDRA	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Pai: MAURICIO FERREIRA DA SILVA		Nome Mãe: QUITERIA FERREIRA DA SILVA	
Endereço: DR. EMANUEL EPIDIO DE MELO, 416 CASA - PE		- DOM ELDER CAMAR - GARANHUNS			
Telefones: (87) 9999.1972 / () . / (87) 9999.1972					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Agressão ()		Suicídio ()		Casual ()	
Outros ()		Nome Acompanhante:			
Telefone de Contato: () .		Endereço Acompanhante:			
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:					
Posição supulgar, OSE deficiência de prescrição de E, Goleiro, dor, polifarmácia e Síncope prescrição					
Diagnóstico Inicial: TRAT. Útero (E).					
SADT:					
Diagnóstico Final: O MESMO					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada (X)		Descrição Médica (X)			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferência ()			
Óbito + 48h ()		Evasão ()			
Óbito - 48h ()		Indisciplina ()			
Óbito em ____/____/____		Data do Internamento: 27.6.20			
Hora: ____		Data da Alta: 30.6.20			
		Local: ____			
		28 SET 2020			
		Protocolo			
		Medico Responsavel			



Hospital São Vicente

Data Atend: 27/06/2020	Atendimento: 0037698	Quarto/leito: 306 / 4
Paciente: 00255580 - LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA		
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:
Osteossintese fecho		0408020 393
Data: 29/06/2020	Início:	Término
Cirurgião: EUGENIO		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Vitor		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: Sob punção Assépsia - MS E, Secção 5 face suturas brancas E, sonda ferida plástica aberta, Redução da fratura e osteossintese, usando 01 Placa de 9/150 cm e 04 P. Peritica n. 5, Radiocóp. Sutura no plasto + Resetivo		
Assinatura de Cirurgião		

Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

CPF nº 165.002.25

Assinatura de Cirurgião

COMPREENSÃO E RESPONSABILIDADE S/A

29 SET 2020

PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 03 R 03

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL



Lucyclaudia Ferreira da Silva

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.509.083 25/06/2012

<< LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA >>

<< MAURÍCIO FERREIRA DA SILVA >>

<< QUITERIA FERREIRA DA SILVA >>

PEDRA - PE 15/10/1989

<< CN.10643 L.12A F.87 CART.1ºDIST. PEDRA-PE 27.07.2009 >>

084.567.094-84

LE Nº 7.116 DE 24.08.87

COMPREV

COMPREV 1531 P. 06/01/2012 SIA

28 SET 2020

PROTOCOLO

15/09/2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346289 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 25/06/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.9_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273073/20

Vítima: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

CPF: 084.567.094-84

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2020

Titular do CPF: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA : 084.567.094-84

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: 28/09/2020
Nome: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA
CPF: 084.567.094-84

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200346289

Vítima: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 25/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000003212-3

Conta: 0000062043-2

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 084.567.094-84 4 - Nome completo da vítima: Hucyelaudia Ferreira 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: Hucyelaudia Ferreira da Silva 6 - CPF: 084.567.094-84
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua Il. Manoel O. Melo 9 - Número: 436 B.D
11 - Bairro: Com Helder 12 - Cidade: Garanhuns 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55294-858
15 - E-mail: (81) 9665-4814

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: ☒ REFUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 (342)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (040)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 3212 CONTA: 62043

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 5.194/74), uma vez que:
o Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
o O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
o O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Sob o compromisso de 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 5.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia a qualquer direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ VIVO 25 - Data do óbito da vítima: 26 - Grau de Parentesco com a vítima: 27 - Se a vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não 28 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 31 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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: Garanhuns, 02/09/20 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Hucyelaudia Ferreira da Silva 42 - Assinatura do Procurador (se houver):



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0225001225**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2020** às **15:23**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia **25/7/2020** às **12:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA RADIALISTA FLAUBERTO ELIAS, 1** - Bairro: **DOM HELDER CAMARA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **55294-822** - Ponto de Referência: **APOS O DEPOSITO DE GAS**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EVANIA FERREIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **QUITERIA FERREIRA DA SILVA** Pai: **MAURICIO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **15/10/1989** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9509083/SDS/PE (RG). 08456709484 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8799923995**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 416, RUA DR. EMANUEL ELPIDIO DE MELO, COHAB III (DOM HELDER CAMARA) - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

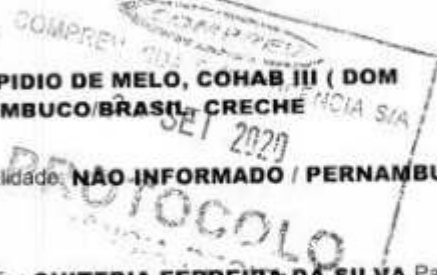
EVANIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **QUITERIA FERREIRA DA SILVA** Pai: **MAURICIO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **16/4/1991** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9017457/SDS/PE (RG). 10951998463 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8799923995**

Endereço Residencial: **RUA JOAO DOMINGOS DA CUNHA VALENCA FILHO, 1016, COHAB III - CEP: 0 - Bairro: DOM HELDER CAMARA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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



Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VITIMA RELATANDO QUE ESTAVA ANDANDO PELA RUA RADIALISTA FLAUBERTO ELIAS COM DESTINO SUA RESIDENCIA, QUANDO DEREPEENTE UM DESCONHECIDO EM UMA MOTOCICLETA NAO IDENTIFICADA EM VELOCIDADE INCOMPATIVEL PARA VIA A ATROPELOU, VINDO AVITIMA CAIR E TER FRATURA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA NESTE MUNICIPIO SENDO MEDICADA E FICANDO INTERNADA, LOGO APOS FORA ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE SERRA TALHADA PARA FAZER A CIRURGIA. A VITIMA NÃO CONSEGUIU IDENTIFICAR QUEM ESTAVA PILOTANDO A TAL MOTOCICLETA, E O IMPUTADO NÃO FICOU PARA PRESTAR SOCORRO.

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

Lucyclaudia Ferreira da Silva
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

Evania Ferreira da Silva
EVANIA FERREIRA DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **DRAYTON LIVANI VIANA PASSOS** - Matrícula: **320322-0**
(Liberado em **06/08/2020** às **15:58**)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0225001227**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2020** às **16:10**

Complementa o BO Número: **20E0225001225**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **25/6/2020** às **12:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA RADIALISTA FLAUBERTO ELIAS, 1** - Bairro: **DOM HELDER CAMARA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **55294-822** - Ponto de Referência: **APOS O DEPOSITO DE GAS**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EVANIA FERREIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **QUITERIA FERREIRA DA SILVA** Pai: **MAURICIO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **15/10/1989** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9509083/SDS/PE (RG), 08456709484 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8799923995**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 416, RUA DR. EMANUEL ELPIDIO DE MELO, COHAB III (DOM HELDER CAMARA) - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL, CRECHE**

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

EVANIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **QUITERIA FERREIRA DA SILVA** Pai: **MAURICIO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **16/4/1991** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9017457/SDS/PE (RG), 10951998463 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8799923995**

Endereço Residencial: **RUA JOAO DOMINGOS DA CUNHA VALENCA FILHO, 1016, COHAB III - CEP: 0 - Bairro: DOM HELDER CAMARA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VITIMA RELATANDO QUE ESTAVA ANDANDO PELA RUA RADIALISTA FLAUBERTO ELIAS COM DESTINO SUA RESIDENCIA, QUANDO DEREPEENTE UM DESCONHECIDO EM UMA MOTOCICLETA NAO IDENTIFICADA EM VELOCIDADE INCOMPATIVEL PARA VIA A ATROPELOU, VINDO AVITIMA CAIR E TER FRATURA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA NESTE MUNICIPIO SENDO MEDICADA E FICANDO INTERNADA, LOGO APOS FORA ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE SERRA TALHADA PARA FAZER A CIRURGIA. A VITIMA NÃO CONSEGUIU IDENTIFICAR QUEM ESTAVA PILOTANDO A TAL MOTOCICLETA, E O IMPUTADO NÃO FICOU PARA PRESTAR SOCORRO. ESTE BOE FOI COMPLEMENTADO POIS HAVIA SIDO COLOCADO A DATA DO FATO EQUIVOCADO.

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

Lucy Claudia Ferreira da Silva
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

(VITIMA)

Evania Ferreira da Silva
EVANIA FERREIRA DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **DRAYTON LIVANI VIANA PASSOS** - Matrícula: **320322-0**
(Liberado em **06/08/2020** às **16:13**)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 084.567.094-84 4 - Nome completo da vítima: Hucyelaudia Ferreira 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: Hucyelaudia Ferreira da Silva 6 - CPF: 084.567.094-84
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua Il. Manoel O. Melo 9 - Número: 436 B.D
11 - Bairro: Com Helder 12 - Cidade: Garanhuns 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55294-858
15 - E-mail: (81) 9665-4814

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: ☒ REFUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 (342)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (040)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 3212 CONTA: 62043

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 5.194/74), uma vez que:
o Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
o O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
o O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Sob pena de 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 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Univercado ☐ Separado judicialmente ☒ VIÚVO 25 - Data do óbito da vítima: 26 - Grau de Parentesco com a vítima: 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 (as) nascido(s)? ☐ 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 a aqueles 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: Garanhuns, 02/09/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Hucyelaudia Ferreira da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

Dinter/ 1 - 6º Grupamento de Bombeiros

Garanhuns-PE, 17 de julho de 2020.

N/I
BRUNO ANDERSON SILVA DE ASSIS
Cap. QOC/BM - Comandante da 1ª SB

Severina ADRIANA P. de Lacerda



Cap. QOC/BM
Mat.: 704032-6

VISTO

N/I

Comandante do 6º GB

Seteúdo Tenório Cavalcanti Júnior
Maj. QOA/BM
Mat. 930134-8

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 0016/20 - 6º GB

O Comandante da 1ª SB, do 6º Grupamento de Bombeiros, do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco, por solicitação do **Sr. Adriano Carlos Leite dos Santos, RG 35.285.397 SSP/AL, CPF 057.227.364-90**, residente e domiciliado na Rua Dom José, nº105, Centro, Garanhuns - PE certifica que, foi deslocada a viatura AR 664, da 1ªSB/6ºGB Garanhuns, aproximadamente às 12h57min, do dia 25 de junho de 2020, para atender a uma ocorrência de possível acidente de trânsito, queda de moto, porém, a guarnição que socorreu a vítima não encontrou moto no local, ocorrido na Rua Flauberto Elias, s/n, Cohab III, Garanhuns- PE. Vitimando a pessoa de **Lucyclaudia Ferreira da Silva**, que apresentava escoriações no membro superior esquerdo e ferimento no membro inferior esquerdo, em decorrência do acidente.

A mesma foi conduzida ao Hospital Regional Dom Moura, ficando aos cuidados da equipe médica de plantão, tendo como prontuário nº 978.207.

A presente Certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo Comandante da 1ª Seção de Bombeiros (1ªSB) e pelo Comandante da Unidade. 3º Sgt BM Mat. 798078-7

Daniel Alves Cavalcante - Auxiliar da 1ªSB,

Daniel Alves Cavalcante



3º Sgt/BM
Mat.: 798.078-7



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03212-3

CONTA: 000000062043-2

Nr. Autenticação

BRADESCO131020200500000000023703212000000062043236250 PAGO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 03 R 03

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL

Lucyclaudia Ferreira da Silva

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.509.083 25/06/2012

<< LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA >>

<< MAURÍCIO FERREIRA DA SILVA >>

<< QUITERIA FERREIRA DA SILVA >>

PEDRA - PE 15/10/1989

<< CN.10643 L.12A F.87 CART.1ºDIST. PEDRA-PE 27.07.2009 >>

084.567.094-84

LE Nº 7.116 DE 24.08.87

COMPREV

COMPREV 1531 P. 06/01/2012 SIA

28 SET 2020

PROTOCOLO

15/09/2020



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - NATUREZA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Sá, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-900
CNPJ 10.835.532/0001-08 | INSC. EST. 06.05945-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CONTELA 14211424

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DR. MARCELO FELIX DO NASCIMENTO, 25

DOM HELLER CAMARÁ GUARINHOS
GUARINHOS PE

CPF: 049.561.114-5675 - 10.15327004

CLASSIFICAÇÃO

SE: RESIDENCIAL
CATEGORIA: COMUM

Nº DA NOTA FISCAL	MÊS	PERÍODO
7096686157	19/01/2018	19/01/2018

CONDIÇÃO CONTRATO	SEÇÃO
7096686157	19/01/2018

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo básico de 30 kWh	0,1296324	3,89
Consumo adicional superior a 30 kWh	0,2964133	10,07
Imposto de Renda de 10% sobre o consumo		1,20
Contribuição de Iluminação Pública		2,56
Multa por atraso NF (0,02% sobre o valor da NF)		0,01
Autos por atraso NF (0,03% sobre o valor da NF)		0,02
Multa por atraso NF (0,02% sobre o valor da NF)		0,02

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
19/01/2018	30,00	3,89

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	17,00	0,66
PIS	1,00	0,04
COPIS	1,00	0,04

ATENÇÃO: A CELPE informa que você possui contas em aberto. Para evitar o corte de energia, recomendamos que você pague suas contas em dia. Caso contrário, a CELPE poderá interromper o fornecimento de energia elétrica.

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	30,00	30,00	30,00	30,00

COMPENSAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA

29 SET 2020

PROTOCOLO