

Número: 371558

Data e Hora: 25/03/2017 22:53

Senha da Classificação:

0042

Paciente: 101422 SANDRO FRANCISCO DA SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 13/09/1969 Idade: 47 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: NAO CONSTA Nome do Pai: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: 2 TRAVESSA SAO SEBASTIAO -- 372 Bairro: JARDIM CAETES
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Alergias: (-)
D.U.: (+)

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Suave dor no abdômen superior do tipo cólico
que ocorre após refeições. Não há
náusea ou vômito.

Exame Físico

A - Mucosas cor-de-rosa. Em estado geral bom.
B - CV: 110/70 mmHg, 80 bpm.
C - Pulso: 72 bpm, 50 FC. 96 bpm.
D - Abdomen: 15, fígado não palpável, sem
signos de congestão.

Hipótese Diagnóstica

1. Colite.

Prescrição Médica

1. Rx de colite com 7 dias, 15 dias
de 100 mg.
2. Analgésico de 100 mg.
3. Solicito Rx de p.e. tomazepam 10 mg.
Diphenhydramine (1g) 100 mg, EV. 03/00

Heron Schets
Médico Residente / Urologia
CRM: 15.217

Assinatura e Carimbo/Médico

EXCELSIOR SEGUROS

17 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____

26/03/74
08h00

Cirurgia Geral

Paciente vítima de trauma osteo-
mussular e abdominal. Reforço dor abdominal
e FIE.

to nome: E.T. consciente, orientada e eufórica
APR: Coloração depressível, doloroso e FIE, se
dor e desconforto
*ex: 1) Indicado TAC abd de

Dr. Antonio Escorial Neto
Médico Cirurgia Geral
CRM-PE 23.505

Exatidão

Prontidão com história de trauma em 1973, queda em
do dor no flanco e náusea esquerda há ± 12 horas.

Ex: Fratura em tórax esquerda
exatidão: tórax ant-posterior em flanco esquerdo

ex: 1) Obter fratura ant-posterior tórax de 6 horas,
deixa cicatrizes de 2ª intenção

- 2) Instilação do tórax esquerdo com fio de sutura
- 3) Deixar cicatrizes por 7 dias
- 4) Retorno ao ambulatório de ortopedia em 15 dias
- 5) Alta do ambulatório, por indicação do Cir. Geral
- 6) Deixar cicatrizes

Cláudio Costa Neto
Médico
CRM-PE 24095

7 de 11/65
por ANO 1

→ Cir. Geral *

Pct por TAC de Abdômen sem contraste
sem alterações que sejam sugestivas de
trauma.

ex: Alta de cirurgia

Dr. Edson R. R. R.
Cirurgião

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/03/2017 22:50

Nome Paciente: SANDRO FRANCISCO DA SILVA
Cód. Paciente: 101422
Data de Nascimento: 13/09/1969
Sexo: Masculino
Idade: 47
Senha: 0042
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 371558
SAME: 89803



*C. geral +
ortoped
Alta às 17:00*

Período: 25/03/2017 23:24 - 25/03/2017 23:31

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: ATROPELAMENTO POR CARRO DE PASSEIO / NEGA VÔMITOS E OU DESMAIOS / EM AR
AMBIENTE / REFERE DOR EM QID (A PALPAÇÃO) C/ SINAIS DE FRAT. EM MIE

Observação: VINDO C/ BOMBEIROS

Programa sintoma: TRAUMA

Examinador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 4
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 105.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM
- GLICOSE: 136.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 95.00 %

**REVISADO
NEPI-HMA**

*Alto ort
P.C.G.*

[Handwritten signature]

30 05 17

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/03/2017 23:31



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

RUA ESTRADA DA FAZENDINHA, S/N - JAGUARIBE
PAULISTA/PE. CEP.: 53.413-000
FONE.: (81) 3181-9600

SERVIÇO DE ORTOPEDIA

LAUDO MÉDICO

(Grupo de ortopedia)

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SANDRO FRANCISCO DA SILVA FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE HÁLUX ESQUERDO EM 27/03/17. APRESENTA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA A RADIOGRAFIA DO DIA 26/02/2018. REFERE DOR AO DEAMBULAR DEVIDO À INSUFICIÊNCIA DE FISIOTERAPIA MOTORA. SEM INDICAÇÃO DE NOVA ABORDAGEM CIRURGICA. SEGUE DE ALTA DA ORTOPEDIA.

CID: S92.4

Dra. Nayana Adour
Ortopedia - Traumatologia
CRM/PE: 25.483

Médico

DATA: 26 de fevereiro de 2018

RECEITUÁRIO

1/ Sandro Francisco da Silva

Declaro para os devidos fins que o paciente
Antônio Lúcio foi submetido ao tratamento
conservador de fratura de fêmur Esquerdo
em 27/03/18. Apresentado consolidação
óssea na Radiografia do dia 26/02/18,
refere dor ao deambular. Sem indícios
de abordagem cirúrgica no momento. Segue
de alta da ortopedia.

CID: S92.4

08/04/19

Dr. Felipe Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.689

EXCELSIOR SEGUROS

17 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

161963
CLINICA DE FISIOTERAPIA

CARTÃO DE CONTROLE

FONE: 3542 2155

FISIOTERAPEUTA: elysle

DATA: 11/07/17

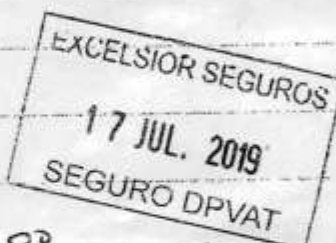
NOME: Sandro Francisco da Silva IDADE: 37a

SUS: 406.0028.6777.1548 SESSÕES 20

DIAGNOSTICO: Fratura de braço E

CONDUTA: Cinesioterapia

DIAS: Segundas, Terças, 16:00



DATA	VISTO	DATA	VISTO	DATA	VISTO	DATA	VISTO
07/07	Edna	07/07	Edna	12/09	Edna	02/10	Alt
18/07	Edna	08/08	Edna	18/09	Edna	03/10	Edna
25/07	Edna	04/09	Edna	19/09	Edna	10/10	Alt
01/08	Edna	05/09	Edna	25/09	Edna	11/10	Edna
01/08	Edna	11/09	Edna	01/10	Edna	16/10	Edna

OBS: TRÊS FALTAS SEM JUSTIFICATIVAS, O TRATAMENTO SERÁ CANCELADO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1564149730

SANDRO FRANCISCO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
210862019077 MEX PE

CPF
709.799.794-04

DATA NASCIMENTO
13/09/1969

FILIAÇÃO
SEVERINO FRANCISCO DA SILVA
NÃO CONSTA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01227656320

VALIDADE
03/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
26/04/2000

OBSERVAÇÕES

Sandro Francisco da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
21/02/2018

Charles Andrew Souza Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO DIRETOR

84227260883
PE084611162

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564149730

DF AC AL AP AM AN CE ES GO MA MT MS PE RJ SC SP TO

EXCELSIOR SEGUROS
17 JUL. 2019
SEGURO DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241486/19

Vítima: SANDRO FRANCISCO DA SILVA

CPF: 709.799.794-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 25/03/2017

Titular do CPF: SANDRO FRANCISCO DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

SANDRO FRANCISCO DA SILVA : 709.799.794-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

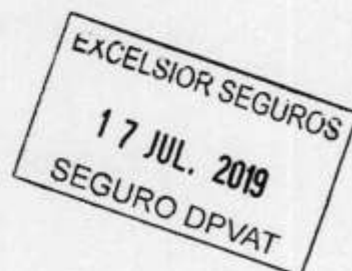
Data da entrega: 17/07/2019
Nome: SANDRO FRANCISCO DA SILVA
CPF: 709.799.794-04


SANDRO FRANCISCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61


RAIANNE SILVA BARBOSA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432402 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 25/03/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432402 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 25/03/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO - PÁGINA 5

EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432402

Vítima: SANDRO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 25/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRO FRANCISCO 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, 19 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190432402**

Vítima: SANDRO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 25/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SANDRO FRANCISCO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 709799794-04 Sandro Francisco 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: Sandro Francisco da Silva 6 - CPF: 709799794-04
7 - Profissão: leitor 8 - Endereço: RUA 2: travessa São Sebastião 322 9 - Número: 322 10 - Complemento:
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Abreu e Lima 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53560-248
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 081987010056

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1909 CONTA: 00055673 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairnascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 17/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Sandro Francisco da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

file:///C:/Users/Policia%20Civil/infopol/xml/BOEPReview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0117001338

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/05/2017 às 16:14

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 25/3/2017 às 22:50

Fato ocorrido no endereço: RUA SAO SEBASTIAO, 1 - Bairro: CAETES VELHO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
SANDRO FRANCISCO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

SANDRO FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUZINETE COSTA DA SILVA Data de Nascimento: 13/9/1969 Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): SANDRO FRANCISCO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/SENA Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: K16515 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010

Descrição: DE PROPRIEDADE DE CARLA VASCONCELOS DA SILVA

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE CONDUZIA SEU VEICULO QUANDO O MESMO NAO QUES PEGAR E QUANDO SAIU DO CARRO O MESMO COMEÇOU A DESER E QUANDO A VITIMA TENTOU SEGURAR O VEICULO SE MACHUCOU NA PERNA ESQUERDA SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E ENCAMINHADO AO HOSPITAL MIGUEL ARRAES, DE ACORDO COM O PRONTUARIO Nº 371558

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

Sandro Francisco da Silva
SANDRO FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

17 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

B.O. registrado por: AILTON GOMES DA SILVA - Matrícula: 2212625

330004002

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 709799794-04 Sandro Francisco 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: Sandro Francisco da Silva 6 - CPF: 709799794-04
7 - Profissão: leitor 8 - Endereço: RUA 2: travessa São Sebastião 322 9 - Número: 322 10 - Complemento:
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Alto e Lima 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53560-248
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 081987010056

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1909 CONTA: 00055673
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 17/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Sandro Francisco da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Número: 371558

Data e Hora: 25/03/2017 22:53

Senha de Classificação:

0042

Paciente: 101422 SANDRO FRANCISCO DA SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 13/09/1969 Idade: 47 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: NAO CONSTA Nome do Pai: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: 2 TRAVESSA SAO SEBASTIAO -- 372 Bairro: JARDIM CAETES
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Alergias: (C)

D.U.: (+)

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Sentir dor no abdômen superior do tipo cólico
que vem e vai, mais frequente. Não há
náusea e vômito.

Exame Físico

A - Visto cores pálidas. Em estado de alerta.
B - Mucosas em H.T. 3/4.
C - R. 120 bpm, B.N.F.S. 5 FC. 96 bpm.
D - Pulso 15. Pupila retila, reativa.
E - Ausc. cardíaca normal. R. 120 bpm.

Hipótese Diagnóstico

R. Intussuscepção.

Prescrição Médica

1. Rx de colon total, trans, p/ly
em H.T.E.
2. Histerectomia de urgência.
at 23 solicito Rx de p.e. tomografia esg. de
Dignidade (1g) 1PA e AD, EV. 03/00

Hieron Schots
Médico Residente / Urologia
CRM: 15.217

Assinatura e Carimbo/Médico

EXCELSIOR SEGUROS

17 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.839.932/0001-68 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

BARRAS DO CLIENTE
CARLA VASCONCELOS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 2 SÃO SEBASTIAO 372

CPF: 021.755.634-56 NIS: 16312278817

TIMBO/ABREU E LIMA
ABREU E LIMA PE
53580-248

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1068451015	06/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PRESTIMOS/PA
01/07/2019	24/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	43,89

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
067034640	ÚNICA	22/06/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE
22/06/2019	2001895671	56886

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18506108	5,55
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,31724757	22,20
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	3,0000000	0,47587138	1,42
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,12
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,01
Multa por atraso-NF 058524219 - 24/04/19			0,88
Juros por atraso-NF 058524219 - 24/04/19			0,49
Atualização ISPM-NF 058524219 - 24/04/19			0,21

TOTAL DA FATURA 43,89

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
162118	CAT	24/05/2019	38.842,00	22/06/2019	38.945,00	28	103,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
Mês/ano kWh JAN 19 100 FEV 19 121 MAR 19 131 ABR 19 133 MAR 19 145 FEV 19 121 JAN 19 110 DEZ 18 134 NOV 18 122 OUT 18 115 SET 18 100 AGO 18 95 JUL 18 88 JUN 18 111	BASE DE CÁLCULO ICMS 28,28 0,17 0,04 PIS 28,28 0,78 0,22 COFINS	GERAÇÃO DE ENERGIA R\$ 13,69 45,74% TRANSMISSÃO R\$ 1,85 5,48% DISTRIBUIÇÃO (CELPE) R\$ 9,72 28,10% PERDAS DE ENERGIA R\$ 3,08 9,04% ENCARGOS SETORIAIS R\$ 0,25 0,74% TRIBUTOS R\$ 0,37 0,82% TOTAL R\$ 28,29 100%

TARIFAS APLICADAS	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18506108
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31724757
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47587138

FECHAMENTO FINCO
27E34812.CBB1.390F.6EDD.BF85.5241.3818

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Seguindo esta nota fiscal, você pode verificar a validade da mesma em: www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em conformidade com as normas de segurança e conservação de energia. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em conformidade com as normas de segurança e conservação de energia. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em conformidade com as normas de segurança e conservação de energia.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE NÃO POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 15 DIAS, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Valor	Descrição	Valor	Descrição	Valor
31,0578	Debitado	82,85	Debitado	Valor

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débito anterior e NÃO contém débito em depósito judicial. Caso o valor do débito não seja pago, a CELPE poderá tomar as medidas necessárias para a recuperação do crédito, inclusive a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
TIPO DE INTERRUPÇÃO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE ANUAL
CRUZ DE REBOUCAS	2,10	5,19	10,38
OUTROS	1,00	3,10	6,20
OUTROS	2,12	2,54	0,00

LISTA DICI: 12,22 R\$ 0,00 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 15,04

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	VALOR
220	207 - 231	231

CONTA CONTRATO 1068451015 MÊS/ANO 06/2019 DATA DE VENCIMENTO 01/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 43,89

83680000000-3 43890011001-8 06845101510-9 14036117773-4



EXCELSIOR SEGUROS
17 JUL. 2019
SEGURO DPVAT