

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377214 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO PEREIRA PAULA **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190377214
Nome do(a) Examinado(a): Fernando Pereira Paula
Endereço do(a) Examinado(a): Fazenda Angelo, 1020
Zona Rural Serra Talhada PE CEP: 56906-170
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 69697450
Data local do acidente: [19/02/2019]
Data local do exame: [28/08/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

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

Tratamento: FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS
Complicações: LIMITAÇÃO DE PRONOSUPINAÇÃO
Data da Alta: 13/08/2019

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

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE PRINCIPALMENTE PRONOSUPINAÇÃO

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DE PRONOSUPINAÇÃO
ATROFIA MUSCULAR

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 sequela 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 (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

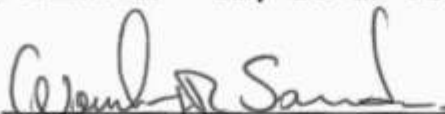
Dr. Ebenone Antonio da Silva
CPF - 882.723.544-20
CRM/PE - 15122


Dr. Ebenone Antônio
CRM: 15122
TEOT: 10541
CATOP/PE/TRA/TRA/MAR/2019



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/2 - 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 16 de abril de 2019.


WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS
Cap BM Resp.p/Comdo 3º GB

 Wamberg Rodrigues dos Santos
Cap QOC/BM Mat.704015-6

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 052 DOp./2019

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr. **FERNANDO PEREIRA PAULA**, RG 69697450 SSP/SP, CPF 125.566.534-34, residente à Fazenda Angico, s/nº, Zona Rural, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 829 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 21h29min do dia 19 de fevereiro de 2019, comandada pelo Cabo QBMG1/707411-5 FILIPE JESUS DIAS **CARDOSO**, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (COLISÃO CARRO COM MOTOCICLETA)** nº B 1228402, sendo vitimado o solicitante, o qual informou que estava como garupa de uma motocicleta marca/modelo **HONDA/POP 100**, cor **PRETA**, placa **KLQ9977**, sendo o referido veículo visualizado pela guarnição no local da ocorrência. O acidente ocorreu na BE 232, s/n, Zona Rural, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: Escoriações nos membros superiores, membros inferiores, ferimento no membro superior direito o qual foi socorrido e conduzido ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. **HERMES PRIMO**, CRM 27322, prontuário 165, assinada por mim CAP QOC/BM **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.


Wamberg Rodrigues dos Santos
Cap QOC/BM Mat.704015-6

12 JUN 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377214 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO PEREIRA PAULA **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE PRINCIPALMENTE PRONO SUPINAÇÃO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS
DATA DA ALTA : 13/08/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/08/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: APÓS NOVA AVALIAÇÃO E DIANTE DO ACIMA EXPOSTO CONCLUÍMOS QUE NÃO HÁ INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR A SER PAGA

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: 3190377214 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO PEREIRA PAULA **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE PRINCIPALMENTE PRONO SUPINAÇÃO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS
DATA DA ALTA : 13/08/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/08/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: APÓS NOVA AVALIAÇÃO E DIANTE DO ACIMA EXPOSTO CONCLUÍMOS QUE NÃO HÁ INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR A SER PAGA

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: 3190377214 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO PEREIRA PAULA **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DIREITA. P4(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P8(ANEXO)
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, VERIFICAR SE CABE COMPLEMENTO.

@1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377214 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO PEREIRA PAULA **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DIREITA. P4(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P8(ANEXO)
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, VERIFICAR SE CABE COMPLEMENTO.

@1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377214 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO PEREIRA PAULA **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE)E ALTA MÉDICA.
P/3/4/5/8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190377214

Vítima: FERNANDO PEREIRA PAULA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FERNANDO PEREIRA PAULA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377214

Vítima: FERNANDO PEREIRA PAULA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO PEREIRA PAULA

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, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377214

Vítima: FERNANDO PEREIRA PAULA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO PEREIRA PAULA

Informamos que o pagamento da indenização o 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: FERNANDO PEREIRA PAULA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 000009528-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377214

Vítima: FERNANDO PEREIRA PAULA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FERNANDO PEREIRA PAULA

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, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190377214 Vítima: FERNANDO PEREIRA PAULA

Data do Acidente: 19/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO PEREIRA PAULA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 126.566.534-34 Nome completo da vítima: BERNARDO PEREIRA PAULA

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

Nome completo: BERNARDO PEREIRA PAULA CPF: 126.566.534-34
Profissão: AGRICULTOR Endereço: FAZ ANGICO Número: 1020 Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56900-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (87) 99998-1477

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 9528 2
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, SERRA TALHADA - PE 11.06.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Bernardo Pereira Paula
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

12 JUN 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA
DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267001699**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/05/2019** às **11:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/2/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, BR 232; KM 416** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO QUARTEL DO CORPO DE BOMBEIROS**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDVALDO SOARES PINTO (TESTEMUNHA)
FERNANDO PEREIRA PAULA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **FERNANDO PEREIRA PAULA**

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

FERNANDO PEREIRA PAULA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DJANIRA PEREIRA FLORENTINO** Pai: **JOAO ALVES DE PAULA** Data de Nascimento: **19/10/1950** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **69697450/SSP/SP (RG), 12556653434 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 87999748167**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL, 1, FAZENDA ANGICO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO KM 416**

EDVALDO SOARES PINTO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CICERA VICENTE PINTO** Pai: **JOAO SOARES PINTO** Data de Nascimento: **1/11/1982** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **211502095287/MEX/PE (RG), 06309294407 (CPF), 05963826727 (CNH)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 87998093343**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL, 1, FAZENDA ANGICO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **FERNANDO PEREIRA PAULA**

12 JUN 2019

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

Placa: **KLQ9977** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **940496356** Chassi: **9C2HB02107R075577**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007**
Descrição: **EM NOME DE MARIA CICERA DA SILVA**

Complemento / Observação

O SRº FERNANDO PEREIRA PAULA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGUNDO RELATOS DO MESMO QUE ESTAVA COMO GARUPA DA MOTOCICLETA RETROMENCIONADA QUE ESTAVA SENDO PILOTADA POR EDVALDO SOARES PINTO, COM PERCURSO CENTRO DA CIDADE AO FAZENDA ANGICO A NA BR 232 NAS MEDIAÇÕES DO CORPO DE BOMBEIROS UM DESCONHECIDO EM UM AUTOMÓVEL DE CARACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS ACABOU COLIDINDO NA TRAZEIRA DA MOTOCICLETA SENDO QUE O SRº FERNANDO PEREIRA FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITARES PARA O HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES COMO CONSTA CÓPIA DE BOLETIM DE EMERGÊNCIA DE Nº 165 DAQUELE HOSPITAL.

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

Fernando Pereira Paula

FERNANDO PEREIRA PAULA
(VITIMA)

Edvaldo Soares Pinto
EDVALDO SOARES PINTO
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: *Wagner Alves de Almeida* - Matrícula: **320336-0**



12 JUN 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	126.566.534-34	BERNARDO PEREIRA PAULA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
BERNARDO PEREIRA PAULA		126.566.534-34
Profissão:	Endereço:	Número:
AGRICULTOR	FAZ ANGICO	1020
Bairro:	Cidade:	CEP:
ZONA RURAL	SERRA TALHADA	56900-000
E-mail:	Estado:	Tel.(DDD):
	PE	(87) 99998-1477

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (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.

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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: SERRA TALHADA - PE 11.06.19	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 165

Data: 19-02-19	Hora: 22:21
Nome: Fernando Pereira Paula	Profissão: Agente
Nome Social:	Estado Civil: Casado
Nascimento: 19.10.80	Sexo: M
Escolaridade: 2 - Superior	Responsável: Corp Bombeiros
Mãe: D. Maria Pereira Florêncio	
Endereço: R. 93 - Anjo	
Bairro: 2 - Praia	Município: STA
Cartão SUS:	RG/CPF: 6.969.745-0
Raça/Cor:	Branca
	Preta
	Parda
	Amarela
	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Le: 1 - (15) Ref: 1 - 15

ABD: Flácido

Exat: 1 - 15

Flácido

Tratamento:

1 - Ao 1 - 15

2 - Dióxido de carbono 1 - 15

12 JUN 2019

Dr. Severino Faria Carvalho

CRM-PE 17806

Hipótese Diagnóstica:

fco live

Carimbo e Assinatura:

Hermes Primo

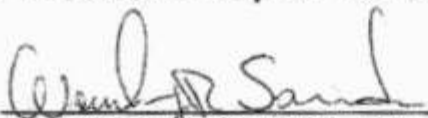
Hermes Primo de Carvalho


CRM-PE 27.322



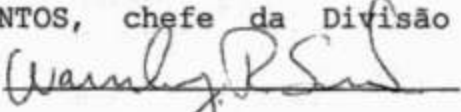
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/2 - 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 16 de abril de 2019.


WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS
Cap BM Resp.p/Comdo 3º GB

 Wamberg Rodrigues dos Santos
Cap QOC/BM Mat.704015-6

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 052 DOp./2019

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr. **FERNANDO PEREIRA PAULA**, RG 69697450 SSP/SP, CPF 125.566.534-34, residente à Fazenda Angico, s/nº, Zona Rural, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 829 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 21h29min do dia 19 de fevereiro de 2019, comandada pelo Cabo QBMG1/707411-5 FILIPE JESUS DIAS CARDOSO, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (COLISÃO CARRO COM MOTOCICLETA)** nº B 1228402, sendo vitimado o solicitante, o qual informou que estava como garupa de uma motocicleta marca/modelo **HONDA/POP 100**, cor **PRETA**, placa **KLQ9977**, sendo o referido veículo visualizado pela guarnição no local da ocorrência. O acidente ocorreu na BE 232, s/n, Zona Rural, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: Escoriações nos membros superiores, membros inferiores, ferimento no membro superior direito o qual foi socorrido e conduzido ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. **HERMES PRIMO**, CRM 27322, prontuário 165, assinada por mim CAP QOC/BM **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros. 

 Wamberg Rodrigues dos Santos
Cap QOC/BM Mat.704015-6

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: 11/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO PEREIRA PAULA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000009528-2

Nr. da Autenticação D5ED4884C30AD27F



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
CEIPE Neoenergia
Av. das Bandas, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.535.532/0001-08 | Insc. Est. 0005943-82 | www.ceipe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSÉANE LOPES DA SILVA

CONSUMO POR UNIDADE CONSUMIDORA
P-442-1-1-1-1020

CPF 04 861 894-05

SERRA TALHADA RURAL SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56900-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATADA 7028824291
MÊS 12/2018

Nº DA NOTA FISCAL 041371944
SERIE ÚNICA
EMISSÃO 07/12/2018
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE 20146555602
Nº DA INSTALAÇÃO 6605535

DATA DO CONSUMO 14/12/2018
DATA DE FÉTIMENTO 04/01/2019

VALOR TOTAL 61,17

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	74,000000	0,73876354	54,88
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,80
Contrib. Burt. Pública Municipal			2,58
ICMS Subvenção-CDS-NF 030121595-03/09/18			0,55
ICMS Subvenção-CDS-NF 033637394-04/10/18			0,43
Multa por atraso-NF 03752-1185-05/11/18			1,42
Juros por atraso-NF 03752-1185-05/11/18			0,50
Atualização IGP-M-NF 03752-1185-05/11/18			0,34

TOTAL DA FATURA

61,17

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	IP DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3181949287	CAT	06/11/2018	248,00	07/12/2018	320,00	5548	1,0000	74,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

USO	PERCENTUAL	VALOR DO CONSUMO	PERCENTUAL
GERAÇÃO DE ENERGIA	17,31%	12,70	20,76%
TRANSMISSÃO	5,59%	4,07	6,65%
DISTRIBUIÇÃO (CABOS)	12,13%	8,89	14,53%
PERDAS DE ENERGIA	3,42%	2,50	4,08%
EXERCÍCIO DE SERVIÇOS	3,12%	2,28	3,71%
TOTAL	35,57%	26,34	42,73%

CONSUMO APPLICADO 61,170000

PERÍODO	CONSUMO (kWh)
DEZ 18	74
NOV 18	50
OUT 18	72
SET 18	64
AUG 18	
Jul 18	
JUN 18	
MAY 18	
ABR 18	
MAR 18	
FEB 18	
JAN 18	
DEZ 17	

As condições gerais de fornecimento estão disponíveis no site www.ceipe.com.br. Para mais informações, consulte o site ou ligue para o número 0800-000-0000.

As condições gerais de fornecimento estão disponíveis no site www.ceipe.com.br. Para mais informações, consulte o site ou ligue para o número 0800-000-0000.



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0000043-03 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RLJA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

06903-228

SEARCHED	INDEXED
SERIALIZED	FILED
MAY 20 1978	FBI - NEW YORK
24052819	106/2018

100-54

06152008 ONCA 13052018
13052010 2000630115 380341

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Contrib. Ilum. Pública Municipal
Doação APAE - 0800 722 2723

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
200,0000000	0,78074857	156,15
		1,20
		8,12
		15,00

TOTAL DA FATURA

1998年

IPD MODOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		IPD DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (000)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
18254	CAI	11/04/2019	7.712,00	13/06/2019	7.821,00	30	1,00000		208,00

Mês/Ano (R\$)	IGMS FIP	IGMS OPFUND	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Contribuinte	Valor	Porcentagem
MAIO 2018			164,30	35,00	41,08	Geração de Energia	R\$ 52,02	31,64%
ABRIL 2018			164,30	1,18	1,80	Transmissão	R\$ 0,82	3,84%
MAR 2018			164,30	0,30	0,92	Distribuição (Caldeia)	R\$ 36,28	21,40%
FEB 2018						Perdas de Energia	R\$ 11,12	6,78%
JAN 2018						Energia Retornada	R\$ 0,30	0,07%
DEZ 18						Tributos	R\$ 01,81	31,22%
NOV 18						Total	R\$ 104,38	100%

Consumo Ativo (W/h)

0,0047271

8078.828A.D772.FFAF.C86C.2E93.8577.8142

[illegible]

CONTA	APRILHOS PROJEÇÃO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	LIMITE DE VOTAÇÃO (%)		
					TOMADA NOMINAL (%)	alínea	alínea
DPO	0,00	5,43	10,04	21,73	220	202	231
PDO	0,00	3,30	6,80	10,20			
CMDO	0,00	3,11	0,00	0,00			

Limite CMDO: 13,30

SLDOD - Valor do Desconto da Linha de Crédito da Caixa Andôia = 105,63,60

Unité DCFP : 12,20 ELABO - Valeur des Charges de l'Etat des Statuts de l'Etat du Québec = 98 68,00

12 JUN 2019

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FERNANDO PEREIRA PAULA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 126.566.534 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FERNANDO PEREIRA PAULA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 126.566.534 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

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

Endereço: <u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTOVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87.9.9998-1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 06/06/2019

x George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

12 JUN 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, EDUALDO SOARES PINTO

RG nº 6.729.849, data de expedição 18/04/2013

Órgão IT, portador do CPF nº 063.092.944-02

com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

FEZ - ANRICO, nº 66

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FERNANDO PEREIRA PAULA, cujo o condutor era

EDUALDO SOARES PINTO

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA / POP-100 Ano: 2007

Placa: KLQ 9977 Chassi: 9C24B02107N075577

Data do Acidente: 19/02/2019

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 09/05/2019

Edvaldo Soares Pinto

Assinatura do Declarante

Edvaldo Soares Pinto

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE

TITULAR: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA

Telefone: (071) 35344-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de EDUALDO SOARES PINTO - Dou Fé - Serra Talhada - PE - Em Teste () da Verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Data: 09/05/2019. Hora: 11:18:32. O, 80. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.SAM04201902.00209 09/05/2019 11:18:32

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF: 187.093.384-20

12 JUN 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, MARIA CIGERA DA SILVA

RG nº 6.468.341, data de expedição 04/06/2009

Órgão " ", portador do CPF nº 051.840.514-14

com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

FE. ANRICO, nº " "

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FERNANDO PEREIRA PAULA, cujo o condutor era

EDVALDO SOARES PINTO

Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA POP-100 Ano: 2007

Placa: KLQ 9977 Chassi: 9C24B02107N075572

Data do Acidente: 19/02/2019

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 26/06/2019

Maria Cigera da Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma REGINALDO ANÍSIO DA SILVA DA
SILVA, DO Pê. Serra Talhada - PE, Em Teste ()
verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular () Maria
Lúcia de Sousa - Substituta. Emol-R\$ 3,39. TSMR-R\$
0,80. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 00/4872.LET06201902.00005 26/06/2019 16:28:45
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

27 JUN 2019



Pernambuco
ESTADO DE PERNAMBUCO
ANOS FÁBRIOS 1911



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 165

Data: 19-02-19	Hora: 22:21
Nome: Fernando Pereira Paula	Profissão: Agricultor
Nome Social:	Estado Civil: Casado
Nascimento: 19-10-50	Sexo: M
Escolaridade: 2.ª série	Responsável: Corpo Bombeiros
Mãe: Djanira Pereira Florentino	
Endereço: 293 - Augusto	Fone: 99947-8167
Bairro: 2.ª Marialva	Município: STA
Cartão SUS:	RG/CPF: 6.969.745-0
Raça/Cor:	
Branca	Preta
Parda	Amarela
Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Fe 8 = (25) Reforço de medicação
Vêneno
ABD flácido
Esp. Ab. normal
+ alergia

Tratamento:

1. Ao corpo
2. D. clo. per. 15mg
Med. de alergia

Dr. Severino Farias Carvalho
Cirurgião Geral - Clínica Médica
CRM-PE 17806

Hipótese Diagnóstica:

f. c. e. l. v. e.
Então em mãos, v. s. e.?

Carimbo e Assinatura:

Hermes Primo
Médico
CRM-PE

Hermes Primo de Carvalho
Médico
CRM-PE 27.322

12 JUN 2019

CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Interno	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas: 19/07/19 22:40h

Tram em antídoto D + Bcr + oit E
 4-1 oit.
 Nega queda de consciência ou vômito
 Pac consciente, orientado, eufórico, glosa 15,
 Firmes em antídoto D
 CR: Cerebros + Rx in Antídoto D + oit E
 + Bcr

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

X Émo K de Carvalho
 Traumatologista
 CRM 15426

FANTASIA exposta de
 oit D 19/07/19
 Evoluções

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
1 SE 0,9% 500ml EV		
2 Drip 1g + 100ml EV 18h		
3 Drip 20g + 100ml EV 22h		
4 Drip 0,9% + 100ml EV 12h		
5 Drip		

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

12 JUN 2019



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

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FERNANDO PEREIRA PAULA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00091855

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 6 3 0 9 1 3 6 0 0 4 8 8 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

19 / 10 / 1950

9 - SEXO

Masc. ☒ X1

Fam. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

BRANCA

11 - NOME DA MÃE

DJANIRA PEREIRA FLORENTINO

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 8 7 9 9 9 7 4 8 1 6 7

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

FAZENDA ANGICO, 1020, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2613909

18 - UF

PE

19 - CEP

5 6 9 0 3 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença pulmonar MSD, de progressiva
insuficiência cardíaca, com
doença pulmonar crônica

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de medicação

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

Insuficiência cardíaca D AP e Refluxo

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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

0408020431

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

261910500639-3

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

XIGERES

12 JUN 2019

02
02
14.03 a 16.03.19

Nome: FERNANDO GREGIRA FARIAS

H.D. freetaken vlna D.

Saluto: alio sentes

- ① Distal limb
- ② Hip joint 500 V.D 6/6 32/18
- ④ Spine: Proximal & Distal
Med. Glucose & Protein
Side
- ⑤ Spine & Residuals leg

27/02/19

Antônio Rodrigues
Traumato Ortopedia
Cidade - CFF 150600025

Médico CRM

12 JUN 2019

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA		DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/02/2019 11:38
MÉDICO SOLICITANTE: ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 7351	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: FERNANDO PEREIRA PAULA		Nº DO PRONTUÁRIO: 544888
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1950	SEXO: Masculino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: DJANIRA PEREIRA FLORENTINO		TELEFONE DE CONTATO:
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): FAZ. ANGICO, ZONA RURAL		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA	CÓD. REG. MUNICÍPIO: 2613909	UF: PE
CEP:		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACT, COM FRATURA ULNA DIREITA		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X		
DIAGNÓSTICO INICIAL: PACT, COM FRATURA ULNA DIREITA		
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
DOCUMENTO: () CNS (X) CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 05655200325

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 13/03/19 18:39
TIPO DE LEITO: CIRURGICO	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: MARIA DOS REMEDIOS MENDES FERREIRA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/02/19 11:38
DOCUMENTO: () CNS (X) CPF	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: CRM 9895
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 56996179491	

ESCLARECIMENTOS

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
13/03/19 18:39	Reserva Confirmada	0h:0m:0s	ADRIANA.CORDEIRO/CA SA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO para RESERVA CONFIRMADA.
13/03/19 18:39	Reserva Confirmada	15h:26m:42s	ADRIANA.CORDEIRO/CA SA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	Confirmada a disponibilidade pelo usuário: ADRIANA.CORDEIRO
14/03/19 10:05	Em Trânsito		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de RESERVA CONFIRMADA para EM TRÂNSITO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora

Paciente Assistido

Usuário

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 14/03/2019		Atendimento: 0011549		Quarto/leito: 202 / 1	
Paciente: 00091855 - FERNANDO PEREIRA PAULA					
Data Nasc: 19/10/1950		Idade: 68 Anos		Sexo: Masculino	
				Estado Civil: Casado	
Profissão: APOSENTADO		Naturalidade: SERRA TALHADA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Nome Pai: JOAO ALVES DE PAULA			Nome Mãe: DJANIRA PEREIRA FLORENTINO		
Endereço: FAZENDA ANGICO, 1020			- ZONA RURAL - SERRA TALHADA - PE		
Telefones: () . / () . / (87) 9997.48167					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Suicídio ()		Casual ()		Outros ()	
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: () .	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>Lesões pubalgicas H&D Federais</i>					
<i>Autolesões dos molares por uso</i>					
<i>e lesões nos dentes anteriores</i>					
<i>Fratura de ulna</i>					
Diagnostico Inicial:					
SADT:					
Diagnostico Final:					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>		Descição Médica <input checked="" type="checkbox"/>			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferencia ()			
Obito + 48h ()		Evasão ()			
Obito - 48h ()		Indisciplina ()			
Obito em ____ / ____ / ____					
Hora : ____					
		Data do Internamento: <u>14, 03, 19</u>			
		Data da Alta: <u>16, 03, 19</u>			
		Local: _____			
		Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 050.552.403-25 Médico Responsável			

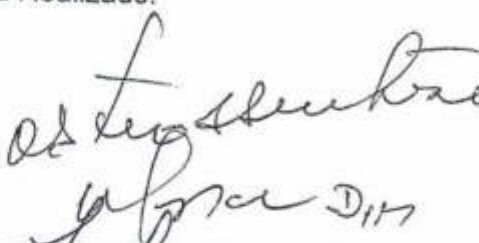
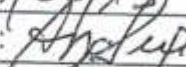

NÃO ALÉRGICO

12 JUN 2019



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 14/03/2019	Atendimento: 0011549	Quarto/leito: 202 / 1
Paciente: 00091855 - FERNANDO PEREIRA PAULA		
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:
 01408020431		01408020431
Data: 15/03/19	Início:	Término
Cirurgião: 		
1º Auxiliar: ANTONIO		
2º Auxiliar:		
Anestesista: OLO NLS		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: Sol fratura supra- USD e fratura face inferior com plástica por placa plástica por placa, identificação das partes, redução e osteossintese usando as placas de 3.5 e 4.0 cm de fixação por placas e parafusos		
 Antônio Rodrigues de Freitas Assinatura do Cirurgião 7331		

12 JUN 2019



Dra. Andreia Diniz
ANESTESIOLOGIA -
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy
NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -
CIRURGIA DO JOELHO - USO MUSCULOESQUELÉTICO

Dra. Martha Arruda
GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
COLPOSCÓPIA - CITOLOGIA ONCÓLOGICA

Dr. Adailson Feitosa
MEDICINA ORTOMOLECULAR
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dra. Ana Carolina Sampaio
FONOAUDILOGIA - TESTE DA ORELHINA - AURICULOTOMIA
CLÍNICA DE SAÚDE OCUPACIONAL

Dr. Antônio Melo
CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José
REUMATOLOGIA - SPA

Dra. Danielly Duarte
GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
USG GINECOLOGIA E OBSTETRICA
MEDICINA FETAL

FERNANDO PEREIRA PAULA

Paciente vítima de colisão de moto com carro, no dia 19/02/2019 na cidade de Serra Talhada. Foi encaminhada para o Hospam onde após exames de imagem constatou fratura em ulna direita. Foi realizado procedimento cirúrgico no Hospital São Vicente no dia 15/03/2019, onde foi colocado 01 placa DCP e 6 parafusos corticais.

Após sua alta, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: Dificuldade de realizar movimentos com o membro superior direito com rigidez do movimento, dor ao segurar objetos, associado a dormência, e força reduzida.

No momento, apresentando déficit funcional de 50% para o membro superior direito e déficit laboral em 70% para suas funções de agricultor.

SERRA TALHADA, 09 DE JULHO DE 2019.

Dra. Tamara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.619

MÉDICA

08 AGO 2019

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE SÃO PAULO		8500-1 PROIBIDO PLASTIFICAR	
			
FERNANDO PEREIRA PAULA		FERNANDO PEREIRA PAULA	
FILIAÇÃO JOÃO ALVES DE PAULA		DATA DE NASCIMENTO 19/OUT/1950	
E DJANIRA PEREIRA FLORENTINO		DATA DE NASCIMENTO 19/OUT/1950	
NATURALIDADE SERRA TALHADA - PE		DOB DO REGISTRO SERRA TALHADA - PE	
DOB DO REGISTRO VILA DE PAJEU		CC: LV.B010/FLS.004 / N.001196	
CPF 125566534/34		ASSINATURA DO DETENTOR LEI Nº 7.116 DE 2008	

12 JUN 2019

REPÚBLICA ALTERNATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA DEFESA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE ORG. EMISSOR/UF: 5840550 SSP PE

CPE: 0086475324-19 **DATA NASCIMENTO:** 03/05/1978

RELACIONADO:
GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PRIMEIRO SOBRANOME: _____ **ACD:** _____ **CARTEIRA:** 1B

REGISTRO: 02136855400 **VALIDADE:** 30/06/2022 **EMISSÃO:** 18/12/2001

OBSERVAÇÕES:
RAX
CMTX

George Carlos Melo Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BARRA TALHADA, PE **DATA EMISSÃO:** 24/07/2017

[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

12 JUN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014483803251

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - INTR - EXERCÍCIO
1. 940435256 ***** 2019

MARIA CICERA DA SILVA

STA M BOA VISTA-PE 0

PLACA ANT / UF - CPF / CNPJ - PLACA
051.340.614-14 KLQ9977

***** / BA - CHASSI
3C2HB02107R075577

ESPÉCIE TIPO - COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA / MODELO - ANO FAB - ANO MOD -
HONDA / POP100 2007 2007

CNP / POT / CL - CATEGORIA - PARTIC - PRETA
2F/37CL

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS
1º *****

2º *****
3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) - DCF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
SEGURANÇA DE PAGAMENTO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

STA M BOA VISTA-PE 08/01/19

Marcelo Druto da Costa Correia

Assessor Previdenciário em Exercício DEYRAN/PM

12 JUN 2019

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SE GUARDA DPVAT

PE Nº 014483803251 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA CICERA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 028 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2019 08/01/19

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
1. 051.340.614-14 KLQ9977

RENAVAM - MARCA / MODELO
940435256 HONDA / POP100

ANO FAB - DCF (R\$) - Nº CHASSI
2007 09 9C2HB02107R075577

PREMIO TARIFARIO - DCF (R\$) - CUSTO DO SETELHO (R\$)

SEGURO PAGO - COTA ÚNICA - PARCELADO - DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO - COTA ÚNICA - PARCELADO - DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO - COTA ÚNICA - PARCELADO - DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO - COTA ÚNICA - PARCELADO - DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO - COTA ÚNICA - PARCELADO - DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO - COTA ÚNICA - PARCELADO - DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO - COTA ÚNICA - PARCELADO - DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO - COTA ÚNICA - PARCELADO - DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO - COTA ÚNICA - PARCELADO - DATA DE QUITAÇÃO