

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014802551661
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COB-RENAVAM RNTRE EXERCÍCIO
1 1062954901 ***** 2019

NOME
LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS

PAULISTA-PE

CPF/CNPJ 709.584.324-49 PLACA PDT6369

PLACA ANT./UF 709.584.324-49 PE

CHASSI 3C2KCC210GR002672

COMBUSTÍVEL
ALCOX/GASOL

ANO FABR. 2015 ANO MOD. 2015

COR PREDOMINANTE
BRANCA

CATEGORIA
PARTIC

VENG. QOTA ÚNICA
1

TPVA 2019 QUITADO
2

PARCELAMENTO/COTAS
3

PREMIO TARIFARIO (R\$)
80.11

PREMIO TOTAL (R\$)
80.11

DATA DE PAGAMENTO
19/02/19

SEM RESERVAÇÃO
SEM RESERVAÇÃO

SEM RESERVAÇÃO
SEM RESERVAÇÃO

SEM RESERVAÇÃO
SEM RESERVAÇÃO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO, -SEGURO DPVAT

PE Nº 014802551661 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PAULISTA-PE

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 18/03/19

CPF/CNPJ 709.584.324-49 PLACA PDT6369

RENAVAM 1062954901 MARCA/MODELO HONDA CG 160 TITAN EX

CHASSI 3C2KCC210GR002672

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11

DATA DE PAGAMENTO 19/02/19

SEM RESERVAÇÃO

SEM RESERVAÇÃO

SEM RESERVAÇÃO

SEM RESERVAÇÃO

SEM RESERVAÇÃO

SEM RESERVAÇÃO

SEM RESERVAÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047010/20

Vítima: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

CPF: 066.937.214-51

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/10/2019

Titular do CPF: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS : 066.937.214-51

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: 04/02/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057500 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS **Data do acidente:** 30/10/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E ULNA DISTAL DIREITO.
FRATURA DA PATELA ESQUERDA.
FERIMENTO DE HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS PUNHO DIREITO.
ALTA.
TRATAMENTO CIRÚRGICO-JOELHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.ESQUERDODIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 5.
BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 6.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057500 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS **Data do acidente:** 30/10/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E ULNA DISTAL DIREITO.
FRATURA DA PATELA ESQUERDA.
FERIMENTO DE HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS PUNHO DIREITO.
ALTA.
TRATAMENTO CIRÚRGICO-JOELHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 5.
BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 6.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: VIGILANTE

Identidade: 7.486.502-SDS/PE CPF: 066.937.214-51

Endereço: RUA DA REDE ELETRICA, nº 170, JARDIM PAULISTA /
NAUABRO, PAULISTA-PE, CEP: 53.407-760

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 30/10/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Paulista 17-12-2019

Local e data

Rodolfo Henrique de Vasconcelos

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Bel. Paula de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Manoel de Medeiros, 76 - CEP 53401-460 - Paulista / PE, Fone: (81) 3010-9001

NOTAS: Escrituras, Atos Notariais, Testamentos, Procurações, Reconhecimento de Firma, Letras, Autenticações, ETC.
Registro Geral de Imóveis - RGI

Reconheço por autenticidade a firma RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

Dou fe. Paulista/PE, 17/12/2019 14:10:57. Emol: R\$ 3,51; TSNR: R\$ 1,80; FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08 FERM 0,04; FUNSG 0 08. Op. 220

SRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente

Selo: 0077552.ERP12201905.00514

consulte a autenticidade em - www.tpe.jus.br/selodigital



AA451699

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047010/20

Vítima: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

CPF: 066.937.214-51

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/10/2019

Titular do CPF: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS : 066.937.214-51

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: 04/02/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200057500

Vítima: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200057500

Vítima: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **341**

Agência: **000006066**

Conta: **0000042170-9**

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,



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: 066.937.214-51 4 - Nome completo da vítima: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

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

5 - Nome completo: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS 6 - CPF: 066.937.214-51
7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: RUA DA REDE ELÉTRICA 9 - Número: 170 10 - Complemento: NAUAREO
11 - Bairro: JARDIM PAULISTA 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.407-760
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81)999441109 16 - Tel.(DDD): (81)3538-0069

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO ITAÚ

AGÊNCIA: 6066 CONTA: 42170 9
(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 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando a vítima, 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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

576090
0047010/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118011565

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/12/2019 às 10:52

Complementa o BO Número: 19E0118011465

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 30/10/2019 às 00:30

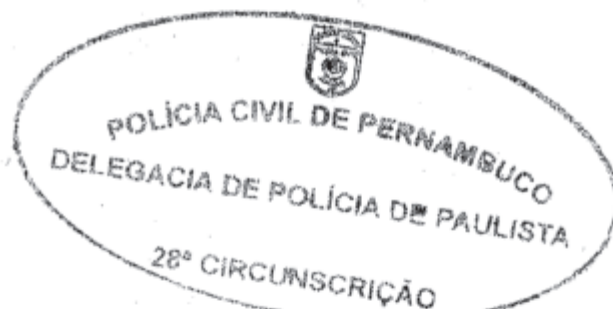
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA D, JARDIM PAULISTA ALTO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 - Bairro: JARDIM PAULISTA -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RODOLFO (AUTOR / AGENTE)
LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS (OUTRO)
RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS



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

RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/10/1987** Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7496502/803/PE (RG), 06693721451 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 988507582**

Residência: **RUA DA REDE ELÉTRICA, Nº 170, JARDIM PAULISTA ALTO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

RODOLFO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: M Pai: P Data de Nascimento: **24/10/1987** Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL**

LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Residência: **RUA DA REDE ELÉTRICA, Nº 170, JARDIM PAULISTA ALTO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **1,00 (REAL)**

Placa: **PDT6369** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **106295498** Chassi: **9C2KC2210GR002672**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2018** Combustível: **ALCO/GASOL** Seguro/Apolice: **PORTO SEGURO**
Descrição: **CRLV N° 014802551661.**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. RODOLFO HENRIQUE, ONDE NOS RELATOU QUE NO DIA 30 / 10 / 2019, POR VOLTA DAS 00:30 H, ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO DE PLACA PDT 6369, E, AO DESCER A LADEIRA DE JARDIM PAULISTA ALTO, PASSOU POR UM BURACO, PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU AO CHÃO, QUE LIGOU PARA A SUA TIA, SENDO A SRA. CAMILA MARIA DE VASCONCELOS, QUE FOI AO LOCAL, JUNTAMENTE COM SEU ESPOSO, O SR. ONÉAS FERNANDES ROSA, E LHE LEVARAM PARA UPA DE JARDIM PAULISTA; QUE NA CITADA UPA NÃO TINHA ORTOPEDISTA E, SENDO ASSIM, FOI LEVADO PARA PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO N° 1544804, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARAES.

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

Rodolfo Henrique de Vasconcelos

RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS
(VITIMA)

RODOLFO
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **EDMARIO MARQUES DE MENEZES** - Matrícula: **3848841**



Assinatura
2062
15. 22. 2062



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118011465**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/12/2019** às **14:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/9/2019** às **00:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA D, JARDIM PAULISTA ALTO - PAULISTA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 - Bairro: JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RODOLFO (AUTOR \ AGENTE)
LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS (OUTRO)
RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

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

RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 24/10/1987 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7486502/SDS/PE (RG), 06693721451 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares: - 988507582

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Residencial: **RUA DA REDE ELÉTRICA, N° 170, JARDIM PAULISTA ALTO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RODOLFO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: M Pai: P Data de Nascimento: 24/10/1987 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL

LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **RUA DA REDE ELÉTRICA, N° 170, JARDIM PAULISTA ALTO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **1 (REAL)**

Placa: **PDT6369** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **106295490** Chassi: **9C2KC2210GR002672**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **ALCO/GASOL** Seguro/Apolice: **PORTO SEGURO**
Descrição: **CRLV N° 014802551661.**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. RODOLFO HENRIQUE, ONDE NOS RELATOU QUE NO DIA 30 / 10 / 2019, POR VOLTA DAS 00:30 H, ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO DE PLACA PDT 6369, E, AO DESCER A LADEIRA DE JARDIM PAULISTA ALTO, PASSOU POR UM BURACO, PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU AO CHÃO; QUE LIGOU PARA A SUA TIA, SENDO A SRA. CAMILA MARIA DE VASCONCELOS, QUE FOI AO LOCAL, JUNTAMENTE COM SEU ESPOSO, O SR. ONÉAS FERNANDES ROSA, E LHE LEVARAM PARA UPA DE JARDIM PAULISTA; QUE NA CITADA UPA NÃO TINHA ORTOPEDISTA E, SENDO ASSIM, FOI LEVADO PARA PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO N° 1544804, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARAES.

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

+ Rodolfo Henrique de Vasconcelos
RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS
(VITIMA)

RODOLFO
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE JORGE M. DOS SANTOS - MAT. 221.286-2**



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: 066.937.214-51 4 - Nome completo da vítima: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

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

5 - Nome completo: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS 6 - CPF: 066.937.214-51
7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: RUA DA REDE ELÉTRICA 9 - Número: 170 10 - Complemento: NAUAREO
11 - Bairro: JARDIM PAULISTA 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.407-760
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81)99944109 16 - Tel.(DDD): (81)3538-0069

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO ITAÚ

AGÊNCIA: 6066 CONTA: 42170
(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 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando a vítima, 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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/10/2019 02:07

	Nome Paciente:	RODOLFO HERINQUE DE VASCONCELOS
	Cod. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	32
	Senha:	0011
	Convênio:	
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 30/10/2019 02:08 - 30/10/2019 02:09

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAUMA EM MIE MSD APOS QUEDA D EMOTO, VEIO DA UPA DE PAULISTA

Observação: ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/10/2019 02:09

Atendimento: 1544804
Data e Hora: 30/10/2019 02:11

Senha da Classificação:

Paciente: 526409 RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS Sexo: MASCULINO
Nome Social: _____
Data do Nascimento: 24/10/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS Nome do Pai: NAO DECLARADO CRM: 1234567
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA
Endereço: RUA DA REDE ELETRICA 170 Bairro: JARDIM PAULISTA
Cidade/UF: PAULISTA PE Cep: 53407760 Usuário Atendimento: MARINEIDSM
RG (Identidade): _____ Data de Emissão: _____ Fone: 87943137
CPF (Cadastro de Pessoa Física): _____ Data de Emissão CRN: _____
CRN(Certidão de Registro de Nasc): _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 0400

Queixa Principal

20% Autismo (D) + 1/10 (D) +
Frustração (D) 1/10 + 3/10

Exame Físico

apresenta alterações sensoriais e motoras
na região da cabeça e pescoço, com presença de
distúrbios de coordenação motora e equilíbrio
postural, com presença de alterações de marcha.

Hipótese Diagnóstica

Distúrbios de coordenação motora e equilíbrio
postural, com presença de alterações de marcha.

Conduta Terapêutica

Tratamento com fisioterapia e terapia ocupacional.

Prescrição Médica

Diet 20%
500mg 1000mg EV 900mg
500mg 1000mg EV 1200mg
500mg 1000mg EV 1200mg
500mg 1000mg EV 1200mg

Destino:

Transferido:

Para:

Encaminhado ao Ambulatório

Residência

1-HMA 5804618

Senha:

Carimbo/Médico

LEONARDO de Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CREMEPE - 9208
IDT: 87628872

0445



IMOBILIZAÇÃO

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06066

CONTA: 000000042170-9

Autenticação:

00088F07D4ADB3982C3A5902E9ABE70488A5BE28929DC523E988C837E49EF512

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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

DADOS DO CLIENTE

CAMILA MARIA DE VASCONCELOS
CPF: 052.665.684-02

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DA REDE ELETRICA 170 CS-

JARDIM PAULISTA ALTO/NAVARRO
53407-760 PAULISTA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

04/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

314,23

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

28/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
28/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
082917545

CONTA CONTRATO

007025362270

Nº DO CLIENTE
2012027125

Nº DA INSTALAÇÃO
0006422978

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

2FB2.B2C0.B495.422B.914F.C171.8193.AB76

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	339,00	0,81068952	274,82
Acréscimo Bandeira AMARELA			6,36
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,02
Contrib. Ilum. Pública Municipal			27,87
ICMS Subvenção-CDE-NF 075139352-27/08/19			2,16
TOTAL DA FATURA			314,23

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
284,20	25,00	71,05	284,20	1,29	3,66	284,20	5,95	16,90

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54833900		kWh
		OUT 19	339
		SET 19	283
		AGO 19	295
		JUL 19	246
		JUN 19	241
		MAI 19	343
		ABR 19	360
		MAR 19	408
		FEV 19	337
		JAN 19	395
		DEZ 18	450
		NOV 18	381
		OUT 18	372

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	89,92	31,64
Transmissão	9,86	3,17
Distribuição (Celpe)	99,89	21,67
Encargos Sototais	14,08	4,95
Tributos	91,61	32,24
Perdas de Energia	18,85	6,63
TOTAL	284,20	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003161742146	CAT	25/09/2019 5.946,00	28/10/2019 6.285,00	33	1,00000	0,00	339,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	PARATIBE I	1,87	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,87	2,77	6,00	6,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 101,15					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! akapas: rua dr luiz ignacio de andrade lima janga / fany pet: rua dr luiz ignacio de andrade lima 1120 box jangaLista completa em www.celpe.com.br." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007025362270	10/2019	314,23	04/11/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838300000039 142300110075 025362270100 143212301136



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

MATRÍCULA:

103668667

R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170

INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES (COMERCIAL, INDUSTRIAL)	PÚBLICA
		1	1	
HIDRÔMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 30/10/2019	DATA LEIT. ATUAL 29/11/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
			MÉDIA HD	

AGUA:
LEIT ANT: 4 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 4
LEIT FAT: 4 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

10/2019 01
09/2019 01
08/2019 01
07/2019 01
06/2019 01
05/2019 01
MÉDIA: 01

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	46
COR APARENTE	48	48	37
CLORO RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	48
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	44,08
CONSUMO DE ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	0 M3	64,84
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019		2,19
JUROS DE MORA 08/2019		0,96

TRIBUTOS	VALOR DEBÍTO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	108,92	1,65	1,80
OUTROS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO:

15/12/2019

TOTAL A PAGAR:

112,07

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATORAL(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 111,18. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

VALOR CLIENTE

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ronaldo Henrique De Vasconcelos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.937.214-51, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima:

Ronaldo Henrique De Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.937.214-51

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima 03 Janeiro de 2010.

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/10/2019 02:07

Nome Paciente:	RODOLFO HERINQUE DE VASCONCELOS
Sexo Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	32
Senha:	0011
Correlação:	
Atendimento:	
SANE:	

Período: 30/10/2019 02:08 - 30/10/2019 02:09

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM M/E MSD APOS QUEDA DE MOTO, VEIO DA UPA DE PAULISTA

Observação:

ALERGIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/10/2019 02:09

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

IMOBILIZAÇÃO

Formulário para solicitação de autorização de internação

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRAS		5431568	
HOSPITAL MIGUEL ARRAS		4 - CNES	
5431568		6 - Nome do Paciente	
RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
7 - Causa Nacional de SUS		8 - Data de Nascimento	
24/10/1957		9 - Sexo	
10 - Raça/Cor		11 - Tipo de Dente	
03 - Parda		0000 - Não Se Aplica	
12 - Telefone de Contato		13 - Nome Responsável	
8198794313		14 - Telefone de Contato	
983043137		15 - Endereço (RUA, Nº, Bairro)	
RUA DA REDE ELÉTRICA, 170 - JARDIM PAULISTA		16 - Município	
PAULISTA		17 - IBGE	
281070		18 - UF	
PE		19 - CEP	
53409760		20 - Principais Queixas e Sinais Clínicos	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		PACIENTE VITÍMICA DE QUEDA DE MOTO HA 4 HORAS COM DORES E DEFORMIDADE EM ANTEREIRO DIREITO, FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO E HALUX	
NÃO ORIENTADO, EUPNEICO, ESTÁVEL		MID. DOR ESQUERDA E DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO	
MIC. CURTE EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO + DORSO DE HALUX ESQUERDO		21 - Condições que justifiquem a internação	
ACABAS ACIMA		22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	
ANAMNESE + EXAME FÍSICO		23 - Diagnóstico Principal / Código	
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO D		24 - CID 10 Principal	
S62.5		25 - CID 10 Secundária	
JW199		26 - CID 10 Outras Afectações	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado		PROCEDIMENTO SOLICITADO	
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		28 - Código de Procedimento	
29 - Especialidade		30 - Caracter de Atendimento	
CIRURGICA		2	
31 - Documento		32 - Nº do Documento (CNS/CPR do Profissional Solicitante/Assistente)	
33 - Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data de Solicitação	
SORMANE DE CARVALHO BRITO		35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
36 - 30/10/2019		16339	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - Acidente de Trânsito		37 - CNPJ Seguradora	
37 - Não Trabalho/Tipo		40 - Nº Bilhete	
38 - Não Trabalho/Tipo		41 - Selo	
39 - CNPJ Empresa		42 - CNPJ Empresa	
43 - CNPJ Empresa		44 - CNPJ	
45 - CNPJ Empresa		46 - CNPJ	
47 - CNPJ Empresa		48 - CNPJ	
49 - CNPJ Empresa		50 - CNPJ	
51 - CNPJ Empresa		52 - CNPJ	
53 - CNPJ Empresa		54 - CNPJ	
55 - CNPJ Empresa		56 - CNPJ	
57 - CNPJ Empresa		58 - CNPJ	
59 - CNPJ Empresa		60 - CNPJ	
61 - CNPJ Empresa		62 - CNPJ	
63 - CNPJ Empresa		64 - CNPJ	
65 - CNPJ Empresa		66 - CNPJ	
67 - CNPJ Empresa		68 - CNPJ	
69 - CNPJ Empresa		70 - CNPJ	
71 - CNPJ Empresa		72 - CNPJ	
73 - CNPJ Empresa		74 - CNPJ	
75 - CNPJ Empresa		76 - CNPJ	
77 - CNPJ Empresa		78 - CNPJ	
79 - CNPJ Empresa		80 - CNPJ	
81 - CNPJ Empresa		82 - CNPJ	
83 - CNPJ Empresa		84 - CNPJ	
85 - CNPJ Empresa		86 - CNPJ	
87 - CNPJ Empresa		88 - CNPJ	
89 - CNPJ Empresa		90 - CNPJ	
91 - CNPJ Empresa		92 - CNPJ	
93 - CNPJ Empresa		94 - CNPJ	
95 - CNPJ Empresa		96 - CNPJ	
97 - CNPJ Empresa		98 - CNPJ	
99 - CNPJ Empresa		100 - CNPJ	

AIH
261910222344-1

Traumatologia / Ortopedia
CRM 20671 / BOT 15668

Selo do Laudo
201710

Atendimento: 501719
Data e Hora: 30/10/2019 08:38
Senha da Classificação:
Paciente: 130859 RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 24/10/1987 Idade: 32 anos
Convênio: 2
SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS
Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
CRM: 12346
Endereço: RUA DA REDE ELETRICA
170
Bairro: JARDIM PAULISTA
Cidade/UF: PAULISTA
PE
Usuário Atendimento: JACKELINEEF
Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso:
Altura:
Temperatura:
Hora:
Queixa Principal
Exame Físico
Hipótese Diagnóstica
Prescrição Médica
Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido Para
() Encaminhado ao setor de internação
Senha:

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV.2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 30/10/2019

Hora: 18:26

Aviso de Cirurgia: 60585

Paciente: 130859

Convênio Atend: 1

Lello: 479

Dt. Inicio: 30/10/2019 17:20

Cid Pré-Operatório: 8625

Cid Pós-Operatório:

Sala: 0003

SALA-03

RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - EXTRA 013

Dt. Fim: 30/10/2019 18:15

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Atendimento: 601750

Carteira

Idade: 32 Anos

Procedimento: 0406020431

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

JRGIAO

ANESTESISTA

15483 - HUGO FREITAS DE ARAUJO

6010 - TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição Cirúrgica

OPERADOR: HUGO FREITAS

1º AUXILIAR: LIVIO(R4)

2º AUXILIAR: SAMUEL(R2)

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: DRA TEREZA

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO + RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECLIBITO DORSAL SOB INDUÇÃO ANESTÉSICA
2. ASSPESIA E ANTISEPSIA
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM FASE ANTERIOR DO PUNHO D, MEDINDO CERCA DE 10 CM
5. DIVULSAO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DE RADIO
6. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE RADIO E FIXAÇÃO COM PLACA VOLAR E TRÊS PARAFUSOS CORTICAIS
7. FIXAÇÃO DE FRAGMENTO DISTAL COM EK 2.0
8. VERIFICAÇÃO DE POSIÇÃO ADEQUADA DE FOCO DE FRATURA E IMPLANTE EM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
9. LAVAGEM DE FO UTILIZANDO SF(0,9%)
10. SUTURA POR PLANOS ATÉ PELE UTILIZANDO WYCRIL 3.0 E MONONYLON 4.0
11. LAVAGEM DE FOCO DE FRATURA DE PATELA (POR ABRASÃO) COM SF(0,9%)
12. SUTURA DE PELE UTILIZANDO MONONYLON 4.0
13. COLOCAÇÃO DE CURATIVO COM ADAPTIC E SULFADIAZINA DE PRATA
14. COLOCAÇÃO DE TALA LUVA

ATO CONCLUÍDO SEM INTERCORRÊNCIAS

Achiados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): HUGO FREITAS DE ARAUJO
CRM: 15483

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 30/10/2019

Hora: 18:40

Aviso de Cirurgia: 60608

Paciente: 130859

Convênio Atend.: 1

Leito: 479

Dt. Inicio: 30/10/2019 17:30

Cid Pré-Operatório: S820

Cid Pós-Operatório:

Sala: 0003

SALA 03

RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - EXTRA 013

Dt. Fim: 30/10/2019 18:40

Atendimento: 601750

Carteira

Idade: 32 Anos

FRATURA DA ROTULA (PATELA)

Procedimento: 0408060527

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUIANESTESIA

CIRUR

ANESTESISTA

15483 HUGO FREITAS DE ARAUJO

8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO DE PATELA ESQUERDA + FERIMENTO EM HALUX ESQUERDO
CIRURGIÃO: LC+DC+SUTURA
CIRURGIÃO DR HUGO
1º AUXÍLIO: DR SAMUEL
ANESTESISTA: DRA TEREZA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
 2. ASEPSIA E ANTISSEPSIA DO MIE
 3. POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 4. OBSERVADO FERIMENTO EM REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO E DORSO DO HALUX ESQUERDO
 5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0.9% 5.000 ML
 6. DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO
 7. SUTURA POR PLANOS
- DURATIVO:
BOA PERFUSÃO DISTAL MIE

Assinados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

DR(A): HUGO FREITAS DE ARAUJO
CRM: 15483



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

REG: 130859

IDADE: 32 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 30/10/2019

DATA DA ALTA: 31/10/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO + FRATURA POR ABRASÃO EM PATELA ESQ E FERIMENTO EM HALUX ESQ

TRATAMENTO REALIZADO:

- 30/10/2019: RAH COM PLACA E PARAFUSO + FIOK EM RADIO DISTAL DIREITO + LIMPEZA E DEBRIDAMENTO EM PATELA E HALUX ESQ

ORIENTAÇÕES:

- ➔ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR HUGO FREITAS EM 2 SEMANAS
- ➔ REALIZAR TROCA DE CURATIVO EM DIAS ALTERNADOS NA UNIDADE BASICA (PBF)
- ➔ MANTER TALA EM MSD
- ➔ FAZER USO DE GEFALEXINA POR 07 DIAS
- ➔ PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA
- ➔ RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO() CIRURGIA PLÁSTICA

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E DATA

Handwritten signature and stamp:
Assinatura do Médico
Carimbo e Data

Atendimento: 501750
Dt Atendimento: 30/10/2019 07:59
Paciente: 130859 RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS
Dt Alta: 31/10/2019 14:12

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA
Leito: 71 ORTL-511-LEITO.003
Motivo Alta: 1-ALTA MELHORADA
CID:
Convênio: 1 SUS - INTERNAÇÃO
Plano: 1 GERAL
Usuário: ALYNEKLB

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA
Observação de Alta:

ALYNE KARMEM DE LIMA BARBOZA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAS DE ALENQAR

Protocolo de Encaminhamento

Causa Externa: Acidente/Violência (X) Tipo de Ocorrência
Em caso de violência/acidente: Via Pública (X) Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA

Nome do Paciente:

IDENTIFICAÇÃO

Sexo: M (X) F () Profissão:

PIC: RAMOS - RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

Idade:

Endereço Residencial:

VIA: LUCIANA MARIA DE VASCONCELOS
1534-104

Fone:

Cidade:

Bairro:

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista (X) Passageiro () Uso de Capacete: S (X) N ()
Gêmi-Afogamento/Submersão () Socorrido ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejecção () Capotamento

História Clínica Atual:

CAUSAS CLÍNICAS

Hipótese Diagnóstica:

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ FC: _____ PA: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercoastais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Sinais Cardíacos: Normofonéticos () Hipofonéticos ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

VALIDA EM TUDO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1300899867

Nome: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

CPF: 7486302-8 DS PE

DATA NASCIMENTO: 06/03/1951 48/30/1997

LOCALIDADE: LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS

DATA REGISTRO: 06/02/2009 04/10/2019 27/07/2015

EXERCER ATIV. REGISTRADA

Assinatura: Rodolfo Henrique de Vasconcelos

LOCAL: RUA... PE

DATA EMISSAO: 27/07/2015

81708164158
PE074148966

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PROIBIDO PLASIFICAR
1300899867



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **066.937.214-51**

Nome: **RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**

Data de Nascimento: **24/10/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **22/04/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:24:35** do dia **20/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8E41.993D.C9EB.17A5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

