

AVENIDA CRUZ CABRIGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800.081.0195
Inscrição Estadual: 10.1.001.0014396-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2019052729660

Escritório: BEZERROS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA
R ROZENE SANTOS DE ALCÂNTARA, N. 00058 - SÃO PEDRO 57270-000
INSCRIÇÃO: 019.205.195.0036.000

MATRÍCULA:

00272966.0

05/2019-7

GRUPO: 15

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00272966.0

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA LITRÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
BRUNA PETRÔ AD998373985	DATA LEIT. ANTERIOR 10/05/2019		DATA LEIT. ATUAL 10/06/2019		TIPO DE CONSUMO (E/E) REAL /
ÁREA:					
LEIT. ANT.: 314					
LEIT. ATUAL: 329					
LEIT. FAT.: 329					
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO					
04/2019	67				
03/2019	237				
02/2019	157				
01/2019	127				
12/2018	177				
11/2018	167				
MÉDIA	147	0			
CONSUMO ESGOTO					
CONSUMO ESGOTO					
PARÂMETROS					
EXIG. PELA PORT. ME 2.914/11					
TURBIDEZ					
53					
COR APARENTE					
53					
CLORO RESIDUAL					
53					
COLIFORMES TOTAIS					
53					
E. Coli					
53					
OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS ABSÉNCIA EM 95% DAS AMOSTRAGENS REALIZADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCURECIMENTO 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.					

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,70 POR M3

10 M3

41,30

MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019

9 M3

23,70

02/2019

0,87

DONACAO AO PRO-CRIANCA 05/2019

1,49

2,50

	VALOR R\$	VALOR R\$	VALOR R\$
PIS	65,00	1,65	1,07
DOFIBR	65,00	7,60	4,94

VENCIMENTO: 20/06/2019

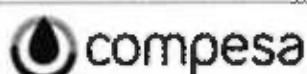
TOTAL A PAGAR:

69,86

Emitido para: INTERNET

Faturado em:

23/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
do Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 00272966.0

05/2019-7

VENCIMENTO: 20/06/2019

TOTAL A PAGAR:

69,86

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
BRUNA SEGURADORA
29 JUL 2013

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 1 - 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:

710 296 684-93

4 - Nome completo da vítima:

Fabio Jefferson da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Fabio Jefferson da Silva

6 - CPF: 710 296 684-93

7 - Profissão:

Revisor

8 - Endereço:

Rua: Rayzane Santos de Alcântara

9 - Número: 58

10 - Complemento: casa

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Belo Horizonte

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55660-000

15 - E-mail:

Rox. Silva - Seguro@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 33285-3008

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

 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

 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: 2192

013

CONTA: 0085 810 - 5

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

 Não há IML que atende 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às cuntas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou Companionho(a):

 Sim

 Não

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

28 - Vítima:

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar

 Vivos:

 Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim

 Não

31 - Vítima

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Vivos:

 Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

 Não

34 - Vítima

 Sim

 Não

35 - Vítima

 Sim

 Não

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

NÃO ALFABETIZADO



Maria de Fátima da Silva

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

922.613.104-04

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

Maria de Fátima da Silva

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

40 - Local e Data:

Belo Horizonte, 02-07-2013

ARQUIVADA

29 JUL 2013

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: Fernanda da Silveira Andrade

CPF: 009 175 904-81

Fernanda da Silveira Andrade

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Gabriel Henrique Andrade

CPF: 110 181 784-84

Gabriel Henrique Andrade

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rosinei Margarida da Silva

Rosinei Margarida da Silva



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS: 598007408014403		REGISTRO: 901.520
DATA: 16/12/2018	HORA: 11:33	TELEFONE: 9-1141 1349		IDADE: 30 anos
ÔNOME: ELIAS JEFFERSON DA SILVA	ÔNOME DA MAE: MARIA DE LUCIMIL DA SILVA			
ÔNOME DE NASCIMENTO: ELIAS JEFFERSON DA SILVA	ACOMPANHANTE:			
D.: HILDA ROSEANE DE ALCÂNTARA	BAIRRO: SANTO PEDRO	N.º 58		
ÔNOME: BEZERROS	SENAIS VITais			
131.92 mmhg	HGT:	mg/dL	T: °C	PESO: kg
Técn. Enfermagem/COREN				

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I – Sinais de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- O Apneia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 bpm
- O Extremidades frias O Enchimento capilar lentificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > 110 mg/dl O Convulsão no momento
- O Politraumatismo/Glasgow <= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- O Broncoaspiração O Ausafaxia associada à insuficiência respiratória

- Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
- O Febre > 39°C O Fiebre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de desambulação
- O Tugor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Meleza O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
- O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
- O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abscesso O Intercorrências ortopédicas

- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

Vermelho
Amarelo
Verde
Azul

→ Rúpture, acidente ou morte
Referir clér. em RSD

Alergias: () NÃO () SIM, à

CAMINHADO:

RENTACÕES

Jessika Nasimento
Enfermeira
COREN/PE 427.683
Assinatura da enfermeira e carimbo

JARUANA S. S. F. 2013
29 JUL 2013

Queixas:

Prurito clínico de cutâneo
semelhante às zonas

Exame físico:

CCR. ECG 15, ARA. 11.
AR: MUDAR ALÍGIN

H.D.:

Prurito de cutâneo
semelhante ao poeiro.

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

- ① DECADEXON 4MG - 1 AMP. I.M.
 ② VOLTAREN - 1 AMP. I.M.
 ③ FENERGAM - 1 AMP. I.M.

CD Hns.

TIPO DE CONSULTA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

ATESTADO

Consulta simples	Melhora	Data:	SIM ()
Consulta e/ Observação	Solicitação		NÃO ()
Indicação (Internamento)	Transferência Indisciplina	Horas:	DIAS:

Óbito

Data:

Hora:

Dr. BRENO MOURA
MÉDICO
CRM 29160 - CREMEPE
(Carimbo)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 089^ª CIRCUNSCRICAO - CARUARU -
DP89^ªCIRC DINTER1/14^ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19 E0179001920

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/08/2019 às
17:31

Complemento a BO Número: 1980178008440

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpaoso (Consumado)
que aconteceu no dia 16/12/2018 no período da Manhã.

Foto obtida no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA TUFY
BAIRRO DO SALGADO CARUARU PE - Bairro: CENTRO -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Legenda da Foto: VIA PÚBLICA

Person(s) involved in the accident:

DESCONHECIDO (AUTOR LAGENTE) ;
ANA VERONICA DA SILVA (OUTRO) ;
FABIO GEFERSON DA SILVA (OUTRO)

Objeto(s) enviado(s) no momento

VEÍCULO: (Baseado na descrição da ocorrência) - que estava em posse do(a) Sra: FABIO GEFERSON DA SILVA

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

FABIO GEFFERSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mas
MARIA DE FATIMA DA SILVA Pai: **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento:
10/8/1952 Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **PROT027/3DS/PE**
(RG): 71026689483 (CPT) Estado Civil: **AMASADO(A)** Telefone: **Calilapetec**
21931486283

Endereço Oficial: MUNICÍPIO DE BEZERROS, 55, RUA ROSENHO DE ALCÂNTARA
BAIRRO SÃO PEDRO BEZERROS PE - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO -
BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓX. AO NOVO FÓRUM

DESCONHECIDO - Região da Alvidrade, freguesia de Vila Franca de Xira

Notas da Representante - Cargos da Representante - Previsão da Contabilidade

S.O. registrado para JOSE CARLOS DE LIMA

FAZID DEFFERSON DA SILVA
(VITIMA)

Assim a tura da(s) pessoa(s) presente nessa unidade policial.

Complemento / Observação

ANA VERONICA DA SILVA (não presente ao plantão) - FAX: 55-31-3220-0220 - E-mail: veronica@brasil.com.br
MAIS INFORMAÇÕES: PRENAMBUCO / PERNAMBUCO - E-mail: veronica@brasil.com.br
E-mail: veronica@brasil.com.br - Município de SERRAGRAM, 56, Rua Rosendo de Alcantara -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BRASIL/PERNAMBUCO/BRASIL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179001442

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/06/2019** às **12:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **16/12/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA TUPY BAIRRO DO SALGADO CARUARU PE** - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
FABIO GEFFERSON DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

FABIO GEFFERSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA DA SILVA**
Pai: **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **10/6/1988** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9861092/SDS/PE (RG) 71029668493 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Telefones Celulares: **- 81991406283**

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 58, RUA ROSENO DE ALCANTARA BAIRRO SÃO PEDRO BEZERROS PE - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX. AO NOVO FÓRUM**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

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

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

Placa: **KIT6891** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **906010985** Chassi: **9C2JC30707R064938**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA EM NOME DA ESPOSA DA VITIMA(ANA VERONICA DA SILVA)PROPIETÁRIA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA DATA E DIA CITADO,ELE E A ESPOSA AMBOS ESTAVAM NA REFERIDA MOTO QUE NO,LOCAL JA CITADO ELA QUE PILOTAVA A MOTO SE DESCONTROLOU DEVIDO A UM ANIMAL QUE TRANSITAVA, NO LOCAL DO FATO,QUE AMBOS CAIRAM CAUSANDO A VITIMA FRATURAS E VARIAS ESCOREÇÕES PELO CORPO,A ESPOSA DA VITIMA FEZ O SOCORRO DO MESMO EM UM VEICULO QUE NO MOMENTO DEU ASSISTENCIA,A VITIMA,SOCORRIDO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE AMBOS TEM CONHECIMENTO,QUE AO DA ENTRADA,NO REFERIDO LOCAL A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOP.REGIONAL DO AGRESTE ONDE FOI,FEITO EXAMES E RETORNANDO PARA O HOSP.JESUS PEQUENINHO BEZERROS,ONDE FOI CIRURGIADO CONFORME,DOCUMETOS ORIGINAIS ANEXO.PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIA.

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

**FABIO GEFFERSON DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **José Wilson da Silva** - Matrícula: **2163306**



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

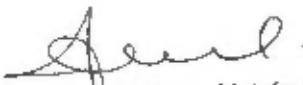
Placa: **KIT6891** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **906010985** Chassi: **9C2JC30707R064938**
 Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**
 Descrição: **MOTOCICLETA EM NOME DA ESPOSA DA VITIMA(ANA VERONICA DA SILVA)PROPRIÉTARIA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA DATA E DIA CITADO,ELE E A ESPOSA AMBOS ESTAVAM NA REFERIDA MOTO QUE NO,LOCAL JA CITADO ELA QUE PILOTAVA A MOTO SE DESCONTROLOU DEVIDO A UM ANIMAL QUE TRANSITAVA, NO LOCAL DO FATO,QUE AMBOS CAIRAM CAUSANDO A VITIMA FRATURAS E VARIAS ESCOREÇÕES PELO CORPO,A ESPOSA DA VITIMA FEZ O SOCORRO DO MESMO EM UM VEICULO QUE NO MOMENTO DEU ASSISTENCIA,A VITIMA,SOCORRIDO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE AMBOS TEM CONHECIMENTO,QUE AO DA ENTRADA,NO REFERIDO LOCAL A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOP.REGIONAL DO AGreste ONDE FOI,FEITO EXAMES E RETORNANDO PARA O HOSP.JESUS PEQUENINO BEZERROS,ONDE FOI CIRURGIADO CONFORME,DOCUMETOS ORIGINAIS ANEXO.PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIA.

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

FABIO GEFFERSON DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **José Wilson da Silva** - Matrícula: **2163306**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

710 296 684-93

4 - Nome completo da vítima:

Fábio Jefferson da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Fábio Jefferson da Silva

6 - CPF: 710 296 684-93

7 - Profissão:

Receve

8 - Endereço:

Rua: Rayzane Santos de Alcântara

9 - Número:

58

10 - Complemento:

area

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Blumenau

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55660-000

15 - E-mail:

Rox. Silva - Seguro@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(89) 39285-3008

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: 2192

013

CONTA: 0085 810 - 5

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atende 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às cuntas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou Companionho(a):

Sim Não

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

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim Não

31 - Vítima

Sim Não

32 - Se tinha filhos, informar

33 - Vítima deixou

Sim Não

pais/avôs vivos?

Sim

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

• Loterias CAIXA

094-069411055-3

04/ABR/2019

HORA DF 16:10:19

LOT. 15.017910-3
LOCALIDADE: BEZERROS
AG. VINCULADA: 2192

TERM 027296

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

2102,00085810-5

NOME: FABIO JEFFERSON DA SILVA

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA.

DIA LIMITE	SALDO
14/03	
18/03	
01/04	

RESUMO EM 03/04
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

094-069411055-3

1a VIA

• Loterias CAIXA

• Loterias CAIXA

• Loterias CAIXA

MARUANA SEGURADORA
29 JUL 2013

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190451263 **Vítima: FABIO JEFFERSON DA SILVA**

Data do Acidente: 16/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO JEFFERSON DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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: $12,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Recebedor: FABIO JEFFERSON DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000085810-5

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, retorno 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,



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190451263

Vítima: FABIO JEFFERSON DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIO JEFFERSON DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

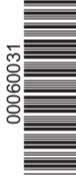
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451263

Vítima: FABIO JEFFERSON DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO JEFFERSON DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO JEFFERSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000085810-5

Nr. da Autenticação 52EE5624F70F1CF9

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256678/19

Número do Sinistro: 3190451263

Vítima: FABIO JEFFERSON DA SILVA

CPF: 710.296.684-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2018

FABIO JEFFERSON DA SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/08/2019

Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

CPF: 029.170.884-60

Data do cadastramento: 12/08/2019

Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA

CPF: 028.384.474-40

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

ABENILDA MARIA BARBOSA

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: **FÁBIO JEFFERSON DA SILVA**, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 9.861.092 SSP PE e inscrito no CPF nº 710.296.684-93, residente e domiciliado na rua Rozeane Santos de Alcântara nº – 58-bairro CENTRO/ BEZERROS – PE.

OUTORGADO:

Nome: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**, brasileira, solteira, portadora do RG nº 9000356 SDS PE, inscrito CPF nº 029.170.884-60 residente e domiciliado na rua Ricardo Pilar nº 332 – Bairro: São Francisco – Caruaru - PE

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativo por **INVALIDEZ** do Seguro Obrigatório – DPVAT, acidente ocorrido no dia 16/12/2018 da vítima: **FÁBIO JEFFERSON DA SILVA** CPF 710.296.684-93 e RG nº 9.861.092 SSP. Subscrito por duas testemunhas A Sra. Fernanda Da Silva Andrade , portadora do RG nº 5831108 CPF 009.175.904-81, residente e domiciliado na rua Manoel de Nobrega nº 504 – bairro São Francisco – Caruaru – PE e o Sr. *Gabriel Henrique Andrade* Silva portador do RG nº 9.760.063 CPF 110.141.184-84, residente e domiciliado na rua Manoel de Nobrega nº 504 – bairro São Francisco – Caruaru – PE . E a declarante, a qual, assina por a Rogo: **MARIA DE FÁTIMA DA SILVA** , brasileira, solteira, portadora do RG nº 4741693 SDS e CPF nº 922.613.104-04, residente e domiciliado na rua Rozeane Santos de Alcântara nº – 58-bairro CENTRO/ BEZERROS – PE.

Bezerros, 02 de julho de 2019



FÁBIO JEFFERSON DA SILVA
RG:9861092 E CPF: 710.296.684-93
Outorgante

2º Cartório
MARIANA SEGURODORA
29 JUL 2019

Maria de Fátima da Silva
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA
RG:4741693 e CPF: 922.613.104-04
ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr.José Matheus, 02 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3728-1182
Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião Públ

Reconheço a firma por autenticidade de: 02/07/2019 14:28:35
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA, Sou fe
Em testemunha: da verdade, Custas R\$ 3,99
Jose Rivaldo Soares de Lima Escrivente Total R\$ 4,91
Selo Digital N: 0077727.VH05201902.00298
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr.José Matheus, 02 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3728-1182
Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião Públ

Reconheço a firma por autenticidade de: 02/07/2019 14:38:22
GABRIEL HENRIQUE ANDRADE SILVA, Sou fe
Em testemunha: da verdade, Custas R\$ 3,99
Jose Rivaldo Soares de Lima Escrivente Total R\$ 4,91
Selo Digital N: 0077727.VH05201902.00310
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Testemunha 1

Fernanda da Silva Andrade
FERNANDA DA SILVA ANDRADE
CPF : 009.175.904-81 e RG: 5831108

Testemunha 2

Gabriel Henrique A. Silva
GABRIEL HENRIQUE ANDRADE SILVA
CPF: 110.141.184-84 e RG: 9760063

3º SERVICO NOTARIAL E DE PROTESTO

Rua das Encostinhas, 12 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP 55009-440 Fone (81) 37824733 - Fax (81) 37822118

Bel. Ofícios Toscane

Reconheço, por escrito, haver a firma de: FERNANDA DA SILVA ANDRADE
Em testemunho de Verdade. Dou 16. Caruaru/PE, 23/07/2019
15.3423.

VILMA BARROS TOSCANO DE CARVALHO (Substituta)

EMOL: R\$ 9,61, TSNR: R\$ 0,00, FERC: R\$ 0,40, FUNSEQ: R\$ 0,00,
FERM: R\$ 0,04, ISS: R\$ 0,08. TOTAL: R\$ 4,91. Op: 28

Selo 00737 18. UTRN07201801000005



Consulte a autenticidade em: www.dje.justi.br/selodigital



3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bei: ORRIO TOSCANO

R. das Laranjeiras, 12 - Centro Centro das Dóceis - Caxias/RJ - CEP: 25000-040 Fone: (21) 3722-4711 - Fax: (21) 3721-2118

Reconheço, por meio da presente, a firma de: FERNANDA DA SILVA ANDRADE
Em testemunho *Renata* de verdade. Dou: 8. Caxias/RJ. 23/07/2019
15.3428

VILMA BARROS TOSCANO DE CARVALHO (substituta)
EMOL: R\$ 3,51, TINA: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40, FUNSEG: R\$ 0,08,
FERM: R\$ 0,04, ISS: R\$ 0,08 - TOTAL: R\$ 4,91 Op.: 28
Selo: 0073719-UTN07201901080029



Consulta de Autenticidade em: www.tpcj.uol.com.br/seledigital

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451263 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO JEFFERSON DA SILVA **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDO;
FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OMBRO E PUNHO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO E DO PUNHO 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 OMBRO ESQUERDO E MODERADA DO PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

L-51



AO DO PACIENTE

Atendimento: 470375

Prontuário: 330681

JEFFERSON DA SILVA
10/06/1988 Idade: 30 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: *Franco Jefferson da Silva* RG: *0000000000000000* CNS: 898003408274403
Endereço: IGNORADO Nº: 0
Bairro: IGNORADO Cidade: BEZERROS Estado: PE
CEP: 55660000 Fone: 37199409 Profissão:
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 17/12/2018 01:14 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Paciente vítima de acidente na moto.
Sua moto é animal. um soco no peito.
um soco na barriga.*

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

NV OR.

Diag. Provisório:

Fratura nasígo etmoidal com fratura clivagem do.

- Fratura nasígo etmoidal
- Fratura nasígo etmoidal com rotura da concha.
- Fratura nasígo etmoidal com fratura clivagem do.

*Dr. Thiago Cintra
Ortopedia e Traumatologia
081-32195188 TEOT 15480*

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

RX - REALIZADO

DATA 17/12/18

HORA 01:25

TC

ARIANA SEGURADORA
29 JUL 2013



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome:

Endereço:

—RG—

Data: _____ / _____ / _____

Tet.:

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Name: _____

Endereço:

_ RG:

Procedimento:

Diag. Definitivo:

Assinatura

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internação

Condicão de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: / / - Attn:

CRM:

12/17/2018 1:14:42 AM
2 de 2

Usuario do Atendimento
ROSANGEASB
ARUANA SECURITAS
29 JUL 2013



NOME:

Fábio Jefferson da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o
diagnóstico de: Fratura radio CID-10: S52.5
Fratura clavícula t CID-10: S42.0, foi
submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

20/12/08. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 03/01/19

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM-PE 3.764

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2013



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante
HOSPITAL JESUS PEQUENINO

3 - Nome do Estabelecimento Executante
HOSPITAL JESUS PEQUENINO

Protocolo: 0019050506

2 - CNES

2344254

4 - CNES

2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente
FABIO JEFFERSON DA SILVA

7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)
898003408274403

8 - Data Nascimento
10/06/1988

9 - Sexo
MASCULINO 1

6 - Número do Prontuário
96780

10 - Raça/Cor 10.1 - Etnia

11 - Nome da Mãe
MARIA DE FATIMA DA SILVA

12 - Telefone de Contato
81.91406283

13 - Nome Responsável

14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)
RUA ROSEANE DE ALCANTARA, 58 () - SAO PEDRO

17 - Cod. IBGE município
2601904

18 - UF
PE

19 - CEP
55660-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

Paciente vítima de acidente de moto apresentando fratura de rádio distal e clavícula esquerda.

21 - Circunstâncias que justificam a internação

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

RT

23 - Diagnóstico inicial

Fratura rádio distal

24 - CID 10 Principais

5420

25 - CID 10 Sec.

26 - CID 10 Causas associadas

01.08.01.015-0
01.03-02-007-7

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

Internamento

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Código do procedimento

04.08.02.040-7

29 - Clínica

Ortopedia

30 - Caráter de Internação

31 - Documento
() CNS () CPF

32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante

056.109.614-42

33 - Nome do Profissional Solicitante

Famila Orangue

34 - Data da solicitação

19/11/13

35 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do conselho)

MELO

36 - () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ da Seguradora

40 - Nr. do Bilhete

41.25.2010

37 - () Acidente de Trabalho típico

42 - CNPJ da Empresa

43 - CNA da Empresa

44.25.2010

38 - () Acidente de Trabalho trajeto

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

48 - Documento

() CNS () CPF

49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador

52 - Nr. Autorização de internação hospitalar

Prefeitura Municipal de Bezerros

Secretaria de Saúde

NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL

261910544751-9

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Dr. Matrício Capela de Oliveira
Nº 23.403
Médico Autorizador

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2013

OSPITAL JESUS PEQUENINO
ICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_01 - LEITO 01
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Endereço: 526395 Data: 19/12/2018 Hora: 8:17
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. CAMILA BEZERRA QUARIQUASI
Paciente: 98780 FABIO JEFFERSON DA SILVA
Nascimento: 10/06/1988 - 30 Anos e 6 Meses
Endereço: RUA ROSEANE DE ALCANTARA, 58
Bairro: SAO PEDRO
CEP/Cidade: 55660-000 BEZERROS
Pai: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA
Mae: MARIA DE FATIMA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL
Obs.: SENHA ORT: 519422

Recepção: NAYALLI
Matrícula: 898003408274403
Identidade:
Cartão SUS: 898003408274403

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 71029668493
Identidade: 9861092 SDS PE
UF: PE Telefone: 81.91408283
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Queixa do Paciente: *Paciente vítima de fratura de moto, apresenta fratura de rádio distal e clavícula esquerda.*

H.D.A.:

Exame Físico: *EGD*

Conferido Com Documento
01/12/2018
Digital Bezerros
SUS
Hospital
H
Assinatura
Assistente Social
CHESSEPE Nº 4471

H.D.: *Fratura rádio distal*

Tratamento: *Procedimento cirúrgico*

Bezerros, quarta-feira, 19 de dezembro de 2018

Dra. Camila Quariguasi
CRM 27422

Assinatura e Carimbo da Médica

MEUANA SEMENTADORA
29 JUL 2013

HOSPITAL JESUS PEQUENINO**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**
 Acomodação: ENFER_01 - LEITO-01
 Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 526395 Data: 19/12/2018 Hora: 8:17
 Convênio: SES - ORTOPEDIA
 Responsável:
 Médico: DRA. CAMILA BEZERRA QUARIGUASI

Recepção: NAYALLI
 Matrícula: 898003408274403
 Identidade:
 Cartão SUS: 898003408274403

Paciente: 96780 FABIO JEFFERSON DA SILVA
 Nascimento: 10/06/1988 - 30 Anos e 6 Meses
 Endereço: RUA ROSEANE DE ALCANTARA, 58
 Bairro: SAO PEDRO
 IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS
 Pai: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA
 Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
 Nacionalidade: BRASIL

CEP: 55660-000
 UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor:
 Est. Civil:
 C.P.F. 71029668493
 Identidade: 9861092 SDS PE
 Telefone: 81.91406283
 G.Instrução:
 Ocupação:
 Naturalidade:

Recepção:

Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão
 () Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 21/12/2018

Médico:

Dr. Ronaldo Evangelista
 Ortopedista
 CRM 3204

Assinatura / CRM

Observação**Transferência Hospitalar**

Data: ___/___/___

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Óbito

Data: ___/___/___

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnóstico Secundário:

Confirme Com Documento
 Dr. Ronaldo Evangelista
 CRM 3204
 Hospital Jesus Pequeno
 Original Bezerrin
 Assinante Social
 CRSS/PE N° 4.471

ARUANA SEGURADORA
 29 JUL 2013

**Hospital Regional
JESUS PEQUININO**
EVOLUÇÃO MÉDICA

FABIO JEFFERSON DA SILVA

19/12/2018: PACIENTE COM FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO + FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. AGUARDANDO CIRURGIA. MEDICADO.

20/12/2018: OPERADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÁDIO DISTAL DIREITO + FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. MEDICADO.

21/12/2018: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Conferido Com Dr. [ilh] 08
Original Bezerros [ilh] Requerendo
Hospital Jesus Requerendo
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE N° 4.471

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2013

Hospital Regional
DR. SÉRGIO PESSA LIMA

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE
FÁBIO JEFFERSON DA SILVA
CLÍNICA ORTOPÉDICA

NUMERO DO REGISTRO
96780

CIRURGÃO
RONALDO EVANGÉLUSTA

ANESTESISTA
DR. VANDSON

ANESTESIA

BLOQUEIO

DATA DA OPERAÇÃO
20/12/2018

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA + FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO + FERIMENTO EM OMBRO
ESQUERDO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA + FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO + FERIMENTO EM OMBRO
ESQUERDO

OPERAÇÃO PROPOSTA
DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM OMBRO ESQUERDO + NEUROLISE SENSITIVA + TRATAMENTO
CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA + NEUROLISE DO RADIAL + TRATAMENTO CIRURGICO
DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

OPERAÇÃO REALIZADA
A PROPOSTA

DESCRICAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM OMBRO ESQUERDO
4. INCISÃO NA FACE SUPRACLAVICULAR ESQUERDA
5. ABERTURA DA APONEUROSE
6. DIVULSAO POR PLANOS
7. NEUROLISE SENSITIVA
8. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA
9. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
10. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUORÓSCOPIA
11. FECHAMENTO POR PLANOS
12. CURATIVO
13. ISQUEMIA PREVIA CÓM FAIXA DE ESMARCH
14. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATÓRIO
15. INCISÃO NA FACE ANTERIOR DO PUNHO DIREITO
16. ABERTURA DA APONEUROSE
17. NEUROLISE DO RADIAL
18. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
19. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUORÓSCOPIA
20. FECHAMENTO POR PLANOS
21. CURATIVO

Dr. Ronaldo Evangelista
08/12/2018

Conferido Com Dr. Ronaldo Evangelista
Original Bezerros Hospital Pequeno
Hospital Pequeno
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE N. 4.471

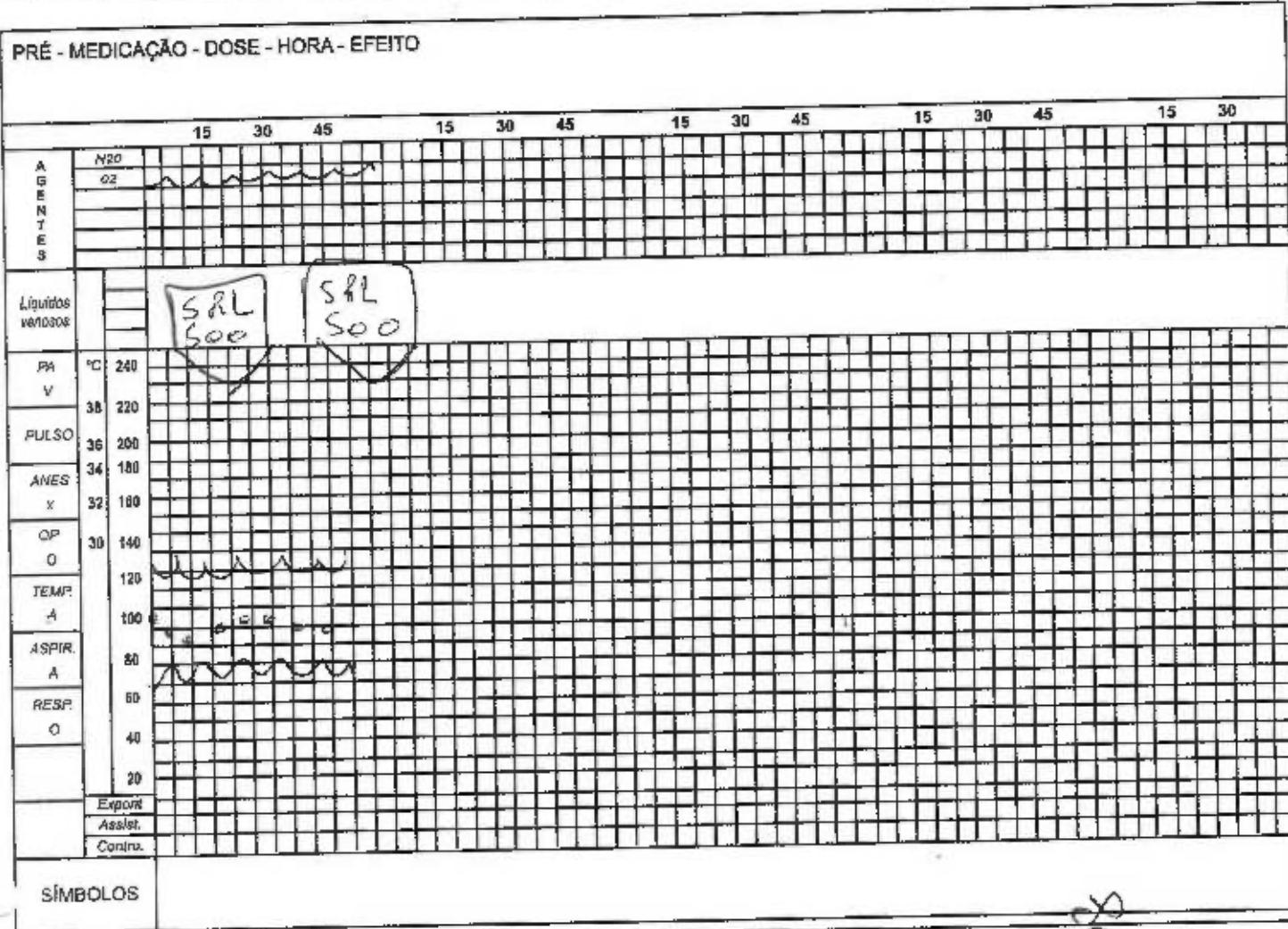
ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2013

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 20/12/2011

Anestesia: bloqueio de plexo braquial E + Cervical ^{NB}
 Nome: Fabio Jefferson da Silveira Nº do Registro: 96730 Nº. na Clínica: _____
 Clínica: On Tapeteira Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 30 Sexo: M Cor: _____
 Operador: Ronaldo Assist.: _____ Anestesista: Vandaon -
 Diag. Preop.: meteu de clavícula + fratura Diag. Posop.: O mero -
 Op. Proposta: tratamento cirúrgico Op. Realizada: A proposta
 Premeditação: _____ Hora: _____ Resultado: _____
 (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. Glicazulga 5mg			
B. fentanil 50mcg			
C. Fofetil 0,02 gr			
D. Diphenox 0,25mg			
E. sulfamotiazina 100mg			
F. hexametes 0,05mg			
G. fentanil - 0,005			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASOVORO-FARINGEA NASOFRÓTTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA OPAULDADE TÉCNICA	
Propofol - 0,15mg			
Glucosa - 0,5%			
Propivacaine - 0,5%	0,15mg		
Ulcocaina - 0,5%			
TOTAL		Tempo de Anestesia	3
OPERAÇÃO:			
tratamento cirúrgico			
ANESTESISTA:	Vandaon	Dr. Vandaon Barbosa Anestesiologia CRM-PE 21357	CIRURGIA:
		Ronaldo Evans CRM	PÉRDA SANGUÍNEA:

Conferido Com Documentos
Original Sezenos P. B. 10/12/2011
Hospital Jesus Pequeno
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

Laringo - Espasmo - Excesso Seco
Depressão Respiratória - Hipoxia
"BUCKING" - Vomito

Hemorragia Arterial
Branco - Tardade/evita - Choque

3



MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Fábio Jefferson da Silva Registro N°. 96380
Aptº. _____ Enfermaria: _____ Data: 20/12/18
Cirurgia: Foot. Diskíntula Esp + Pecto Direto Cirurgião: Dr.º Ronaldo
Anestesia: Geral + Bloqueio Anestesista: Dº Vanderson
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofillina				Narcan			
Água Destilada	03	amp.		Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicatina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	01	amp.		Rifocina 150			
Dormonid	01	amp.		Rifocina 500			
Diazepam				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanoh			
Fentanil	01	amp.		Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	2000	ml	
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a			01 amp.
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemaccel				Xylocaina Spray			
Inoval				Etodocetox	06	unid	
Keflin	02	amp.		Dipirona	02	amp.	
Ketalar				Ulcusedion	01	amp.	
Lasix				Propofol	01	amp.	
Methergín				Agulha Ureterica	01	amp.	
Marcaína Pesada				Sorbitol	30	ml	
Marcaína s/a				Tenoxicam	01	amp.	
Marcaína c/a	01	amp.		Tulso 7.5	01	amp.	

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbo cath T 40x120	02	1unid.		Urofix			
Aguilha Desc. 25x4	03	1unid.		Vaselina Bisnaga			
Aguilha Gengival							
Aguilha Raque				FIOS			
Aguilha Sutura							
Algodão Hidrófilo				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico				CatGut Simp c/a			
Atadura Gase				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe				CatGut Crom c/a	20	02	1unid.
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica	10	1unid.		Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon 3.0	02	1unid.	
Dreno Penrose				Mononylon			
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Espadrapo	1x			Polycot			
Espadrapo Anti-alérgico				Seda			
Espadrapo Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	06	1unid.		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada							
Gelfoan				Água Oxigenada			
H. Kuntscher	1,0	01	1unid.	Álcool Simples			
Intracath	1,0	02	1unid.	Álcool Iodado			
Luva Descartável	1,5	03	1unid.	Éter			
Luva Comum				Formol			
Lâmina Bisturi	1,2 21	02	1unid.	Gempol			
Lâmina Gillette				Glutaril			
Látex 204	01			Pov Tópico			
P. S. Petersen				Pov Degermante			
P. L. Sherman				Clorotetina	200	50	100
Pr. S. Petersen					TX		
Par. Sherman							
Pino Stelman							
Prótese Thompson							
Scalp							
Seringa 03 cc				PROTÓXIDO			
Seringa 05 cc	01	1unid.					
Seringa 10 cc	02	11					
Seringa 20 cc	01	11					
Seringa Vidro 05 cc							
Seringa Vidro 10 cc							
Seringa Vidro 20 cc							
Seringa de 01 cc							
Sonda Estom n°							
Sonda Levine n°							
Sonda Uretral n°	16	01	1unid.				
Sonda Foley n°							
Sonda "3v n°							
Sonda p/ O ₂	01	1unid.					

EXAME NEUROLÓGICO

Avallacão Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)**ABERTURA OCULAR**

Abertura Ocular Espontânea 4
 Abertura Ocular a Voz 3
 Abertura Ocular a dor 2
 Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado	5
Confuso	4
Resposta Inapropriada	3
Sons Incompreensíveis	2
Sem resposta Verbal	1

RESPOSTA MÓTORA

Obedece ao comando	6
Localiza Estímulo Doloroso	5
Retirada ao Estímulo Doloroso	4
Descontação	3
Descerebração	2
Sem resposta motora	1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
 Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocônicas () Anisocônicas () Midriase () Miosse ()

Classificação TCE pela ECG
 ECG 3-8: TCE Grave
 ECG 9-13: TCE Moderado
 ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()

Lesões Intra-Torácica : S() N() Fratura Pélvis: S() N()

Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação() Alteração no Humor()

Usou outras drogas: S() N() Informante: Vítima() Outros()

Lolô() Maconha() Cola() Cocaina () Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

Imobilização Tala Gessada: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar:

Infusão de Fluidos : S() N() Especificar:

Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Volume de Fluidos Infundido:

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Outras Condutas:

Entubação Orotraqueal: S() N()

Intercorrências:

Ventilação Mecânica: Modalidade

FIO2:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado:

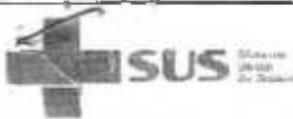
Médico Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

PFENO MOURA

Médico Assinatura
 CRM 25752

Local e data



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	Protocolo: 00691050306	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO		4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente FABIO JEFFERSON DA SILVA			6 - Número do Prontuário 96780	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 898003408274403	8 - Data Nascimento 10/06/1988	9 - Sexo MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/>	10 - Raça/Cor	10.1- Etnia
11 - Nome da Mãe MARIA DE FATIMA DA SILVA			12 - Telefone de Contato 81.91406283	
13 - Nome Responsável			14 - Telefone de Contato	

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)
RUA ROSEANE DE ALCANTARA, 58 () - SAO PEDRO

16 - Município de residência
BEZERROS

16 - Município de residência BEZERROS	17 - Cod. IBGE município 2601904	18 - UF PE	19 - CEP 55660-000
---	--	----------------------	------------------------------

JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃ

20 - Principais sinais e sintomas clínicos
paciente vítima de acidente de moto apresentando fratura de
radio distal e clavícula esquerda.

22 - Principais resultados de provas diagnósticas / Resultados de exames realizados:

23 - Diagnóstico inicial	24 - CID 10 Principais	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
RT			07/15.06.003-5

Fratura radio distal	5420	4-01-01-015-0
27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO	04-02-02-007-7

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - Clínica <i>Ortopedia</i>	30 - Caráter de Internação	31 - Documento () CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante <i>056-169-614-42</i>
33 - Nome do Profissional Solicitante <i>Carolina Macêdo</i>	34 - Data da solicitação <i>14/07/13</i>	35 - Assinatura e carimbo (anexo ao registro do conselho) <i>Carolina Macêdo</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIGOROSAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 -
37 - () Acidente de Trabalho tipico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBO
38 - () Acidente de Trabalho trajetc			MEPE: 5370

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador 47 - Cód. Órgão Emissor 52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
Prefeitura Municipal de Bezerros

48 - Documento CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizado
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carambo (N. do Registro do Conselho)  Prefeitura Municipal de Embu das Artes Secretaria Municipal de Saúde Dr. Mário Cesar de Oliveira

Prefeitura Municipal de Petrópolis

Prefeitura Municipal de Baturité
Secretaria de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE

NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL

261910544751-9

29 JUL 1963

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-01

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 526395 Data: 19/12/2018 Hora: 8:17
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. CAMILA BEZERRA QUARIGUASI

Recepção: NAYALLI
Matrícula: 898003408274403
Identidade:
Cartão SUS: 898003408274403

Paciente: 96780 FABIO JEFFERSON DA SILVA
Nascimento: 10/06/1988 - 30 Anos e 6 Meses
Endereço: RUA ROSEANE DE ALCANTARA, 58
Bairro: SAO PEDRO
IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS
Pai: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA
Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F. 71029668493
Identidade: 9861092 SDS PE
UF: PE Telefone: 81.91406283
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORT: 519422

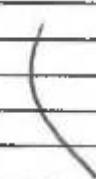
Queixa do Paciente: Paciente vítima de fratura de molar, apresenta fratura de rádio distal e clavicula esquerda.

H.D.A.: 

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequenino
Assinatura Social
CHESSEPE N° 4471

Exame Físico: EGB 

H.D.: Fratura rádio distal

Tratamento: Procedimento cirúrgico 

Bezerros, quarta-feira, 19 de dezembro de 2018

Dra. Camila Quariguasi
Médica
CRM 27422

Assinatura e Carimbo do Médico

ARQUA DE SEGURO
29 JUL 2013

HOSPITAL JESUS PEQUENINO**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-01

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 526395 Data: 19/12/2018 Hora: 8:17
 Convênio: SES - ORTOPEDIA
 Responsável:
 Médico: DRA. CAMILA BEZERRA QUARIGUASI

Recepção: NAYALLI
 Matrícula: 898003408274403
 Identidade:
 Cartão SUS: 898003408274403

Paciente: 96780 FABIO JEFFERSON DA SILVA
 Nascimento: 10/06/1988 - 30 Anos e 6 Meses
 Endereço: RUA ROSEANE DE ALCANTARA, 58
 Bairro: SAO PEDRO
 IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS
 Pai: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA
 Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:
 Est. Civil:
 C.P.F. 71029668493
 CEP: 55660-000 Identidade: 9861092 SDS PE
 UF: PE Telefone: 81.91406283
 G.Instrução:
 Ocupação:
 Naturalidade:

Repcionista: _____

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
 () Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 21/12/2018

Médico: _____

Dr. Ronaldo Evangelista
 Ortopedista
 CRM 328

Assinatura / CRM

Observação**Transferência Hospitalar**

Data: ___/___/___

Médico: _____

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Conferido com Documento
 Dr. Ronaldo Evangelista
 CRM 328
 Pediatria
 Hospital
 Ortopedista
 Ana Amélia
 Assistente Social
 CRSS/PE N° 4.47

Diagnóstico Definitivo: _____

Óbito

Data: ___/___/___

Médico: _____

Assinatura / CRM

Diagnóstico Secundário: _____

ARUANA SEGURADORA
 29 JUL 2013

**Hospital Regional
JESUS PEQUENINO**
EVOLUÇÃO MÉDICA.

FABIO JEFFERSON DA SILVA

19/12/2018: PACIENTE COM FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO + FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. AGUARDANDO CIRURGIA. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
2M 3764

20/12/2018: OPERADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÁDIO DISTAL DIREITO + FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
2M 3764

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
2M 3764

21/12/2018: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Conferido Com Documento
Original Bezerros RJ 10/12/19
Hospital Jesus Pequenino
05/01/08
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE N° 4.471

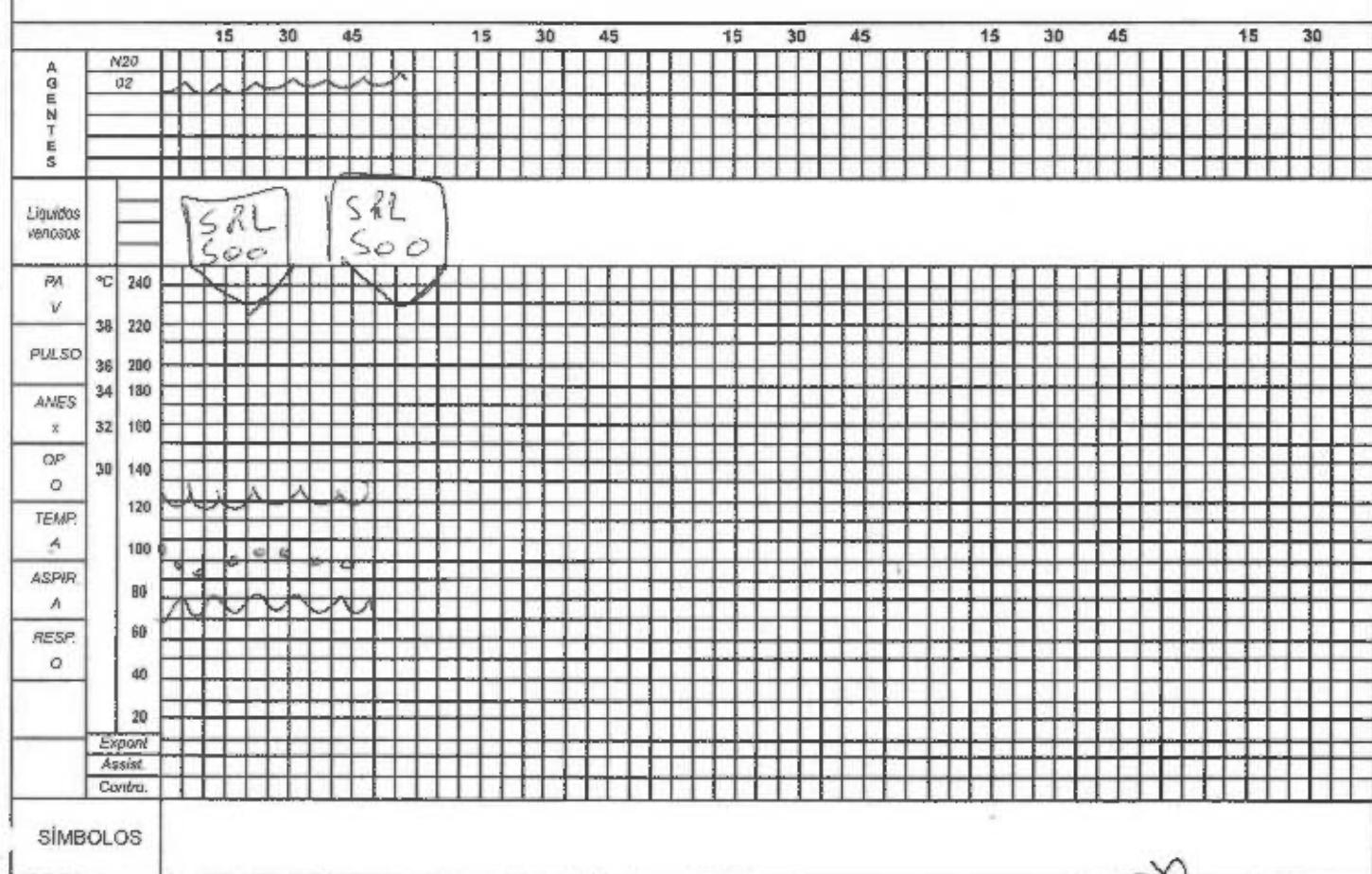
ANUÁLIA SEGURODORA
29 JUL 2013

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 20/12/2012

Anestesia: bloqueio de plexo braquial E + Geral NB
 Nome: Fabio Jefferson da Silveira Nº do Registro 96730 Nº. na Clínica: _____
 Clínica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 30 Sexo: M Cor: _____
 Operador: Ramaldo Assist.: _____ Anestesista: Vanderson
 Diag. Preop.: mátria de clavícula (E) + fractura Diag. Posop.: O mero
 Op. Proposta: tratamento cirúrgico Op. Realizada: A proposta
 Premeditação: _____ Hora: _____ Resultado: _____ (MO 1-2-3)
 (AO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. <u>midazolam 5mg</u>			
B. <u>fenotiazin 50mg</u>			
C. <u>cafeolbrom 02 gr</u>			
D. <u>Diphenox 02 amp</u>			
E. <u>oxilazepam 01 amp</u>			
F. <u>hexametes 01 amp</u>			
G. <u>etomidate 01 amp</u>			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/ORTOTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOL - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
Propofol - 01 amp Gliclazida - 01 FA Sediparacetamol - 01 amp Lidocaina na CLV - 01 amp		Tempo de Anestesia	
TOTAL		3	
OPERAÇÃO:		Laringo - Espaço - Excesso Seco Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vomita	NALGURADORA 30/12/2012
ANESTESISTA:	Dr. Vanderson Barbosa Anestesiologia CRM-PE 21357	CIRURGÃO: Ronaldo Evans CRM-PE 21357	PÉRDA SANGUÍNEA: 2000 ml

Conferido Com Dr. Vanderson
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequeno
Ana Amorim
Assistente Social
CRSS/PE Nº 4.471



MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Fallos Jefferson da Silveira Registro N° 96780
Aptº. _____ Enfermaria: _____ Data: 20/12/18
Cirurgia: Ext. Clavícula Esp. + Pecten Direto Cirurgião: Dr. Romaldo
Anestesia: Geral + Bloqueio Anestesista: D. Vanderson
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	<u>03 amp.</u>			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin	<u>01 amp.</u>	<u>01</u>	<u>01</u>
Decadron	<u>01 amp.</u>			Rifocina 150			
Dormonid	<u>01 amp.</u>			Rifocina 500			
Diazepam				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil	<u>01 amp.</u>			Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	<u>2000</u>	<u>ml</u>	<u>2000</u>
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a			
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a	<u>01 amp.</u>		
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemaccel				Xylocaina Spray			
Inoval				Etilsuccinato	<u>06</u>	<u>unid.</u>	<u>06</u>
Keflin	<u>02 amp.</u>			Diprenona	<u>02</u>	<u>amp.</u>	<u>02</u>
Ketalar				Etilsuccinato	<u>01</u>	<u>amp.</u>	<u>01</u>
Lasix				Propofol	<u>01</u>	<u>amp.</u>	<u>01</u>
Methergin				Ajuda Ultraevac	<u>01</u>	<u>amp.</u>	<u>01</u>
Marcaina Pesada				Serbutolídio	<u>30</u>	<u>ml</u>	<u>30</u>
Marcaina s/a				Tenotican	<u>01</u>	<u>amp.</u>	<u>01</u>
Marcaina c/a	<u>01 amp.</u>			Tulsa 7,5	<u>01</u>	<u>amp.</u>	<u>01</u>

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE
FÁBIO JEFFERSON DA SILVA
CLÍNICA ORTOPÉDICA

NÚMERO DO REGISTRO
96780

CIRURGIAO
RONALDO EVANGELISTA

ANESTESISTA
DR. VANDSON

ANESTESIA
BLOQUEIO

DATA DA OPERAÇÃO
20/12/2018

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA + FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO + FERIMENTO EM OMBRO
ESQUERDO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA + FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO + FERIMENTO EM OMBRO
ESQUERDO

OPERAÇÃO PROPOSTA

DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM OMBRO ESQUERDO + NEUROLISE SENSITIVA + TRATAMENTO
CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA + NEUROLISE DO RADIAL + TRATAMENTO CIRÚRGICO
DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

OPERAÇÃO REALIZADA

A PROPOSTA

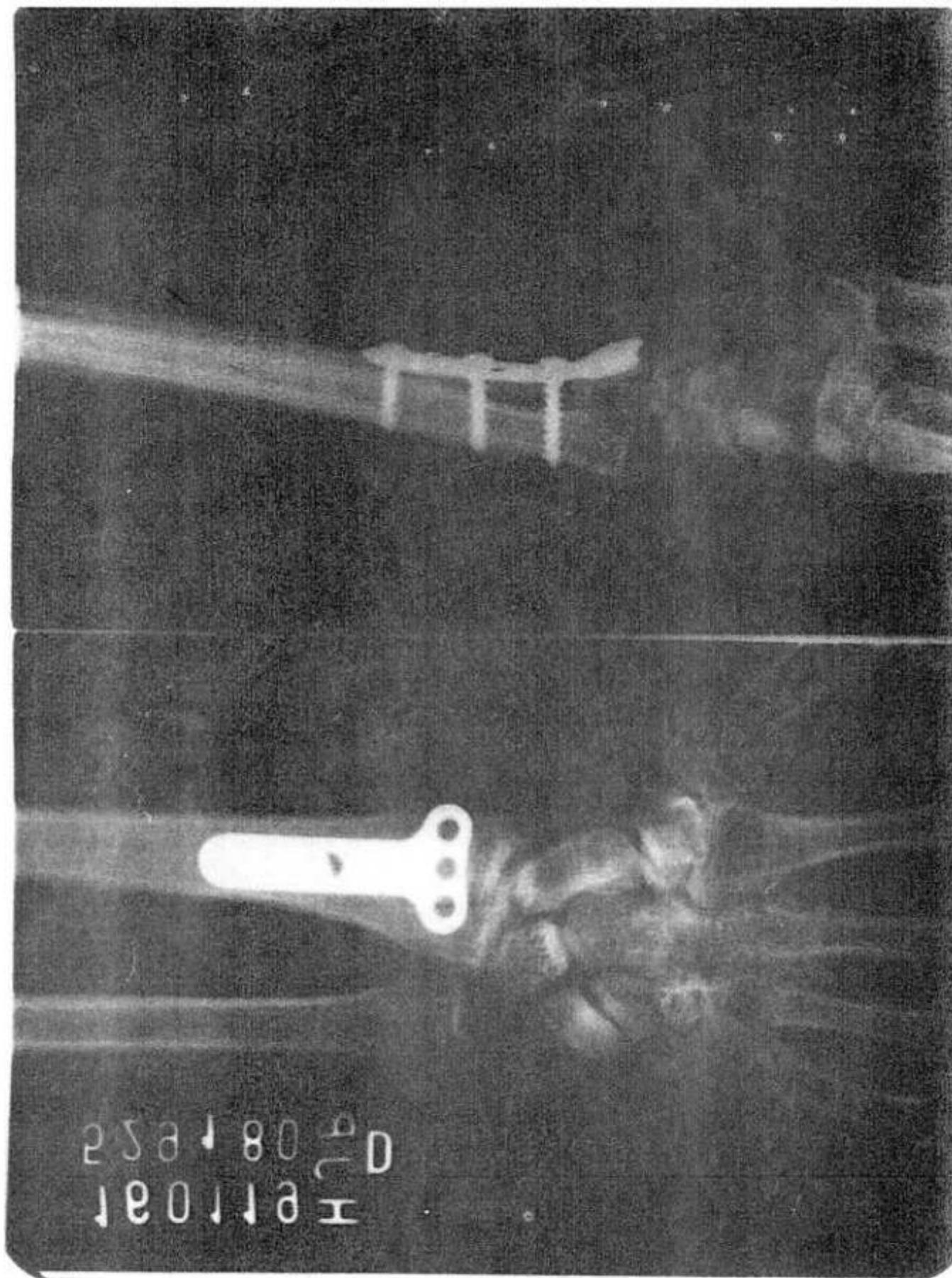
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM OMBRO ESQUERDO
4. INCISÃO NA FACE SUPRAACLAVÍCULAR ESQUERDA
5. ABERTURA DA APONEUROSE
6. DIVULSAO POR PLANOS
7. NEUROLISE SENSITIVA
8. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA
9. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
10. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
11. FECHAMENTO POR PLANOS
12. CURATIVO
13. ISQUEMIA PREVIA COM FAIXA DE ESMARCH
14. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATÓRIO
15. INCISÃO NA FACE ANTERIOR DO PUNHO DIREITO
16. ABERTURA DA APONEUROSE
17. NEUROLISE DO RADIAL
18. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
19. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
20. FECHAMENTO POR PLANOS
21. CURATIVO

Conferido Com Dr. Ronaldo Evangelista
Original Bezerros Pequeno 08/01/2019
Assistente Social
Hospital de Base
Ama Amorim
Assistente Social
CRESS/PE N° 4471

Ronaldo Evangelista
2019-01-24

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2019



ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2013

310119 ^H
531195 ^C D

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2013

1

2310

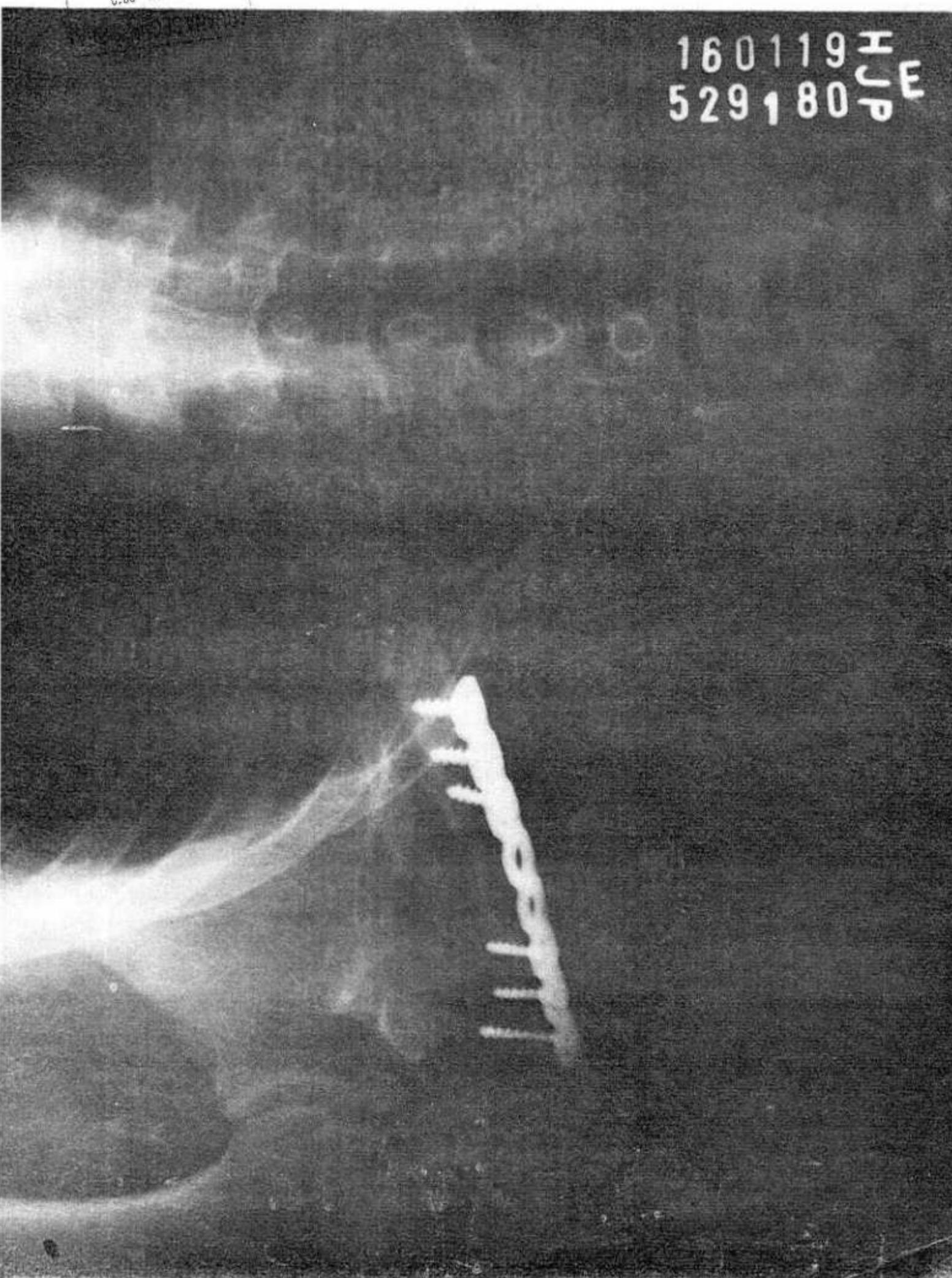
2310
316

P21239 DCP NED 15

ARQAN
29 JUL 2013

29 JUL 2003

160119[±]
529180[±]E



ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
 N.º IDENTIDADE / N.º EMISSOR / UF
9000336 SDS PE
 CPF
029.170.884-80 DATA NASCIMENTO
30/01/1976
 FILHOS
**SEVERINO FIRMINO DA SILVA
MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA**
 PERMISSÃO
 ACC
 GAI. NAM
 AB
 N.º REGISTRO
06279302663 VALIDADE
06/02/2023 HABILITAÇÃO
13/01/2015
 OBSERVAÇÕES
Rosilene Margarida da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR
 LOCAL
CARUARU, PE DATA EMISSÃO
07/02/2018
 Charles Andrade Soiza Ribeiro
 Director Presidente
 AUTORIZADO EMISSOR
85862886341
PE083881115
PERNAMBUCO

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE N° 013817095634
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RE-NAVAM - PNTRO - EXERCÍCIO
1 506010905 ***** 2016

ANNA VERONICA DA SILVA

SEZERROS-PE

CPF/CNPJ

046.944.624-52

PLACA

KIT6891

PLACA ANT/DF

CHASSI

9C2JCG3070T064938

ESPECIE TIPO

VEH. MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

gasolina

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. - ANO MOD.

2006/2007

CAF/POU/CL

2P/124CL

CATEGORIA

PARTIC

CONDICIONANTE

FRETA

COTA UNICA

VERG. COTA UNICA

VERG. COTAS

IPVA 2013 QUOTADO

10

FAO/IRVA

PARCELAGEM/COTAS

20

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGUR. F2.GD

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

Charles Andrews Souza Ribeiro

LOCAL

DATA

SEZERROS-PE

04/03/18

Charles Andrews Souza Ribeiro
Dir. de Trânsito e Segurança - DETRAN/PE

DETAN-PE N° 013817095634 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE BILHETE COBERTURA DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VELOCIDADE SUPERIOR A 50 KM/H. APENAS
TRANSPORTAÇÕES CIVIS NA BRASIL

PE N° 013817095634 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANNA VERONICA 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 022 1204

SEZERROS-PE EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2018 04/03/18

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
1 046.944.624-52 KIT6891

RENAVAM - MARCA / MODELO
506010905 HONDA / CG 125 FAN

ANO FAB. - QTD/AR - N° CHASSI
2006 09 9C2JCG3070T064938

PRÉMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFARIO (R\$) - DETRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - ICP (R\$) - TOTAL A SER PAGO SEGURO DPVAT

COTA UNICA - PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
PAGAMENTO PAGUEI DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.246.908/0001-06

DESTRUIRE E GUARDE O BILHETE DPVAT
PESSOAL E DE BOM GOSTO

ARUANA SEGURO
29 JUL 2013

NOV-2017



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 9.861.092 DATA DE
EXPEDIÇÃO 01/02/2018

NAME
« PÁBIO JEFFERSON DA SILVA »

PAI/MÃE
« ANTONIO FRANCISCO DA SILVA »
« MARIA DE FATIMA DA SILVA »

NATURALIDADE
BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO
10/06/1988

DOC. CRIM. « 075655 01 55 1988 1 00032 143
0035957 49 BEZERROS-PE »

CPF
710.296.684-93

Lívia de Lourdes

201602129200073042 7919516 1478 97-199 - 4331

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2013

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Verônica da Silva

RG nº 5909181, data de expedição 04/09/18, Órgão SOS,
portador do CPF nº 046.744.624-52, com Domicílio na
cidade de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Ribeirão G. de Alencar, nº 58, complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (é) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Ana Verônica da Silva, cujo o condutor era Ana Verônica da Silva.

Veículo: motocicleta

Ano: 2006 / 2007

Modelo: Honda CG 125 Fan

Placa: KIT 6691

Chassi: 9C1LC307D9R064938

Data do acidente: 16-12-2018

ARUANA SEGURADORA
12 AGO 2019

Local e data: Belo Horizonte, 02-01-2019

Ana Verônica da Silva 
Assinatura do Declarante – Proprietário (a)
(Assinar e Reconhecer a Firma por Autenticidade)

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



CARTÓRIO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROSTOSTOS
Rua Dr. Antônio Marques, 02 - Centro - Belo Horizonte - MG - Fone: (31) 3745-1182
Maurício José de Vasconcelos - Procedor Público

Reconheço a firma por autenticidade das: 02/01/2019 10:23:46
ANA VERÔNICA DA SILVA. Sou fe.

Esse documento é verdadeiro.
Data da assinatura: 02/01/2019 - 10:23:46
Selo Digital N. 007777.LX02201802.00065
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Verônica da Silva,

RG nº 5909.171, data de expedição 04/09/18, Órgão SOS,
portador do CPF nº 046-744-624-52, com Domicílio na
cidade de Boa Hora, no Estado de Pernambuco, onde
resido na Rua/Avenida/Estrada Rebouças S. de Alcantara,
nº 58, complemento, lateral, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Fábio Jefferson da Silva,
cujo o condutor era Fábio Jefferson da Silva.

Veículo: Honda CG 125 Fan

Ano: 2006 / 2007

Modelo: Honda / CG 125 Fan

Placa: K1T 6831

Chassi: 9C2JC30704R064938

Data do acidente: 16-12-2018

Local e data: Boa Hora, 02-01-2019

X Ana Verônica da Silva 2º Cartório
Assinatura do Declarante – Proprietário (a)
(Assinar e Reconhecer a Firma por Autenticidade)

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



TAZELIONIANO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Av. Dr. José Marinho, 82 - Centro - Boa Vista - PE - Fone: (81) 3728-1182
Mauriti José da Vasconcelos - Tabelionato Públco

Reconheço a firma por autenticidade de: 02/01/2019 10:23:46
ANA VERONICA DA SILVA. Sou fe.

Em testemunho Verdade. CUSTAS R\$ 3,99
TSNR R\$ 0,99
Total R\$ 4,99
Protocolado em 02/01/2019 - 10:23:46
Selo Digital N. 007777.LY12201802.00065
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ARUANA SEGURADORA!
29 JUL 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 RESSEGURADO. 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 **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **029.170.884** / **60** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fábio Jefferson da Silva Inscrito (a) no CPF sob o N° **710296684-93**
do sinistro de DPVAT cobertura **Involidez** da Vítima *Fábio Jefferson da Silva*

Inscrito (a) no CPF sob o N° **710296684-93**, 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 Lider-OPVAT, 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: RUA RICARDO PILAR	Número: 332	Complemento: CASA
Bairro: SAO FRANCISCO	Cidade: CARUARU	Estado: PE
E-mail: rose.silva.seguros@hotmail.com	CEP: 55.000-000	Tel.(DDD): 81 99285-3008

Local e Data: **CARUARU, 14-06-2019**

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante



Tarifa Social de Energia Elétrica: Gladaneis Zel 10-470, de 26/04/2022

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bld. Vista, Recife - PE, CEP 50050-012
CNPJ 10.035.832/0001-08 | Insc. Est. 00560-3-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSEMERE FORTESINA DA SILVA

ENDERÉCOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RICARDO PILAR 332

CPF: 828 482 994-04 NIS: 17418388493

SAO FRANCISCO/CARUARU

CARUARU/PE

55000-000

CLASSIFICAÇÃO

B1: RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM N/A

TIPO DE CONSUMO	SENTE	DATA
099114592	UNICA	10/07/2019
FAZER FALTA	0820850017	10/07/2019
10/07/2019	2002384870	081362

CONTAGENÚSADO	REGISTRO
0820850017	07/2019
DATA DE VENCIMENTO:	09/08/2019
17/07/2019	09/08/2019
VALOR A PAGAR (R\$)	104,39

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo: até 30 kWh	20.000.000,00	0,28045828	7,81
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh	70.000.000,00	0,44948892	31,25
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh	74.000.000,00	0,06974668	49,66
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,63
Comb. Ilum. Pública Municipal			11,19
ICMS_Sulvençâo-CDE-NF 081328842-10/08/19			0,72
ICMS_Sulvençâo-Baixa Renda			3,00
Multa por atraso-NF 085308094 - 10/08/19			1,72
Juros por atraso-NF 086308084 - 10/08/19			0,58
Abatizagão ICPM-NF 085308084 - 10/08/19			0,50
Compensação CMIC 06/19			-0,83
Bônus ITAMPU - art.21 da Lei 10.439/2002			-1,86

TOTAL DA FATURA 104,39

NP DO ESTRADOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA 10/06/2019	ANTERIOR LEITURA 12/01/00	DATA 10/07/2019	LEITURA 12/06/20	VARIA IAS 30	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
210000148							1.000000		174,00

PERÍODO	DATA	NUMBER DE LIGAÇÕES	%	VALOR DO IMPORTE					
JUL/19	174								
JUN/19	174								
MAR/19	170								
ABR/19	177								
MAR/19	151								
FEV/19	178								
JAN/19	169								
02/218	174								
NOV/18	182								
OUT/18	173								
SET/18	171								
AGO/18	168								
JUL/18	154								

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30: até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100: até 220 kWh

0,28045828 0,44948892 0,06974668

0,72 3,00 1,72

0,58 0,50 -0,83

-1,86