

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1560914109

PROIBIDO PLASTIFICAR

1560914109

NOME		
ROSEMER FORMOSINA DA SILVA		
DDI, DDD, UF, Nº de Identificação, Orgão Emissor e UF		
6274229 SSP PE		
CPF	DATA NASCIMENTO	
628.462.994-04	11/01/1973	
FILIAÇÃO		
SEVERINO FIRMINO DA SI		
LVA		
MARGARIDA FORMOSINA DA		
SILVA		
PERMISSÃO	SEX	CAT. IVA
		C
Nº REGISTRO	Val. MANT	DIAGNOSTICAÇÃO
03911656615	26/12/2022	18/08/2008
RESERVAÇÃO		
RAB		
Assinatura do Portador		
Rosemer Formosina da Silva		
LOCAL	DATA CRIAÇÃO	
CARUARU, PE	05/01/2018	
Assinatura do Presidente		
Assinatura do Secretário		
55442030980		
72075654630		
PERNAMBUCO		

ORTOP



AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU.

LAUDO MÉDICO (DPVAT)

JOSÉ HENRIQUE DA SILVA

CPF: 112.914.734-75

PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA COMPLEXA EM TÍBULA ESQUERDA, NA DATA 21/10/2019, TRATADA CIRURGICAMENTE COM MATERIAL DE SINTESE

EVOLUI COM MARCHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO DE FLEXO- EXTENSÃO EM ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO.

LIMITAÇÃO DE 80 %

REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

ALTA EM 09/01/2020

CID - 10: S82.3

CARUARU 09 DE JANEIRO 2020

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPEDICO

RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO

CRM 15582 - TEOT 13985

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582 - TEOT 13985
TITULAR SBOLETO SAMI



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JOSE HENRIQUE DA SILVA** nascido em 28/10/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 21/10/2019 por volta das 13h10min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de NOVEMBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
DIRETOR
MAT.069043

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

01

Verey

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.198.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0280028 21/10/2019 13:10:08

Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Sexo: MASC

D. Nasc.: 28/10/1994

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: JOSELIA SILVA

Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA

Endereço: R- JOAO OLEGARIO DO NASCIMENTO 27

Bairro: ARMANDO ALEIXO

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0177742

SUS: 162313593370003

Idade: 25 ANOS

CPE:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 50 x 100 mmHg

Pulso: 102 bpm

Temperatura: _____

Peso: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

*Trameteu em 19/10/2019
acidente automobilístico - fratura
peroneo do membro inferior*

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

*Fratura 1 sup + 5 fós. 200 ml (129)
Do cadáver 1 sup + 1 fós (129)*

Conduta:

Kátia C. Costa Silva
Téc. Enfermagem
COREN 829246

13:30

Liberação do Paciente: Data: / /

Hora: :

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Assinatura de M. I. (F)
MPA - 5798-148

24:00h

Assinatura de M. I. (F)
MPA - 5798-148

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:10

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50 >140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ material biológico ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, queixas (); Dor abdominal sem alterações de SSW (); PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE (X) AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO (X)

Brenna Loren: 400405
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 554620

Prontuário: 347512

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Data Nasc.: 28/10/1994

Idade: 24

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG: 9289994

CNS: 152313593370003

Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES

Nº: 30

Bairro: BAIRRO NOVO

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Estado: PE

CEP: 55195705

Fone: 991961466

Profissão:

Nome da Mãe: JOSÉLIA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2. ATENDIMENTO

Data: 22/10/2019 10:26

Médico: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Ótima Principal / HDA:

Recebi vit. de acidente com fratura
comum no pé (E) no 2º.

Exame Físico:

PA: FR: MTC
Do e incapacidade funcional do MTC
Pele íntegra. Sem edema

Diag. Provisório:

Fratura distal de tíbia (E)
comum. Suficiente para fratura a
curva

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Dr. Sérgio da Costa Lima
CRM: 52200-PE
CRM: 52200-PE
CRM: 52200-PE

TRA

[illegible]☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____/____/____

Assinatura

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

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

Condição de Alta

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

Data: / / Hora: Medico: CRM:

Usuário de Atendimento
EDJAILMARG

Data e hora retirada da senha: 22/10/2019 10:15

Nome Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/10/1994
Sexo: Masculino
Idade: 24
Senha: 00008
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/10/2019 10:20 - 22/10/2019 10:21

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 188393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO COM CARRO HA 24H, COM SINAIS DE FRATURA EM MIE.

Medicamento(s): HAS - DM -

Observação: SENHA 5758178
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: FERIDAS

Discriminador(es): - INFLAMAÇÃO LOCAL?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 188393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/10/2019 10:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Tereza Henriques da Silva

Tratamento logo após o parto 5798170

- pet. logo na unidade após
parto, de modo com a presença
de MPE da don intencional

- R.F. Evolução pré-natal Obliqua
em direção da T.B. (C) Fechado

- Solicito a liberação e a data
da TRAMATOLINA

Data: 20/10/19

MÉDICO

Nome:		Rg:	
Medicamentos:			
Data:			
		MÉDICO	

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/11/2019 10:51

Atendimento: 328233 Entrada: 23/10/2019 Hora: 15:34
Acomodação: LEITO DIA 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: NISAN BAI DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: LEITO DIA
Permanência: 8 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 162313593370003

Paciente: 1625964 JOSE HENRIQUE DA SILVA
Nascimento: 28/10/1994 (25 Anos)
Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES
Bairro: NOVO C.E.P.: 55190-000
Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Mãe: JOSELIA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11291473475
Identidade: 9289994 - SDS - PE
Telefone: / 991961486
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: CARUARU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 23/10/2019 - 17:45

AValiação (Dr. NISAN BAI DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)

Queixa do paciente: VINDO DO HOF

FRATURA DA TIBIA ESQ

QUEDA DE MOTO HA 3 DIAS

SEM TCE HEMODD EST+ ISOCO-EUPN-ACIANO-CONSC

PELE = ESCORIAÇÕES LOCAIS LIMPAS 1 FLICTENA PEQ LIMP

PERF+

NV+

NEGA COMORBIDADES

NEGA ALERGIAS

		Horario/Checkagem
01 -	INTERNAMENTO CIRURGICO	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Armindo Moura
Serviço de Arquivo
Fone: (81) 3330-1100
Av. Cleto Campolina nº 150 - J. 13

Atendimento: 328233 Entrada: 23/10/2019 Hora: 15:34
Acomodação: LEITO DIA 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: NISAN BAIÁ DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: LEITO DIA
Permanência: 8 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 162313593370003

Paciente: 1625964 JOSE HENRIQUE DA SILVA
Nascimento: 28/10/1994 (25 Anos)
Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES
Bairro: NOVO C.E.P.: 55190-000
Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Paí: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Mãe: JOSELIA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11291473475
Identidade: 9289994 - SDS - PE
Telefone: / 981961468
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: CARUARU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 30/10/2019 - 10:06

AValiação (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1: silvio johnson

Anestesiista: elvelton

Instrumentador: eder

Diagnóstico Pré-Operatório:

FRATURA DA TIBIA ESQ+LESÃO DE TENDÃO PATELAR

Cirurgia Realizada:

1. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISÁRIA DA TÍBIA

2. TENODESE D EPATELAR

CIRURGIA MULTIPLA

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Acidentes:

Não houve

Descrição:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA MIE
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS MIE
ARTROTOMIA DO JOELHO MEDIANTE INCISÃO TRANSPATELAR COM ABERTURA POR PLANOS E OBSERVADA
LESÃO PARCIAL DE TENDÃO PATELAR
REDUÇÃO DA FRATURA E PASSAGEM DE FIO GUIA INTRAMEDULAR
FRESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR TIBIAL
PASSAGEM DE HASTE TIBIAL BLOQUEADA N° 360X9
RETIRADA DO FIO GUIA
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL

REALIZADO MANOBRA PULL BACK PARA IMPACTAÇÃO
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO PROXIMAL
COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO
LAVAGEM DAS FERIDAS COM SF 0,9%
DESBRIDAMENTO E TENODESE DO TENDÃO PATELAR EM TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TIBIA
SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
USADA FLUOROSCOPIA
CURATIVO OCLUSIVO

Materiais Prosmed:

HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA PARA TÍBIA N° 360X9 - 01 UNIDADE
PARAFUSO DE BLOQUEIO - 04 UNIDADES
PARAFUSO TAMPÃO - 01 UNIDADE



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA (1625964)

Admissão: 328233

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MEDICO

Atesto para os devidos fins que JOSE HENRIQUE DA SILVA compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S82

- ☐ () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
- ☒ (X) Necessitando de (15) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- ☐ () Como acompanhante.
- ☐ () Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 69.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

☐ Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 30/10/2019 as 10:14

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA (1625964)

Admissão: 328233

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MEDICO

HD:

CID: <<S82>>FRATURA DE DIAFISE DA TIBIA ESQ+LESÃO DE TENDÃO PATELAR

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 23/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 30/10/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM HASTE BLOQUEADA+TENODESE PATELAR

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;

4 - RETORNAR DIA 27/11/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;DEAMBULAR COM 2 MULETAS E REALIZAR CARGA PARCIAL NO MIE. INICIAR FISIOTERAPIA. REQUISIÇÃO EM ANEXO.

5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 30/10/2019 as 10:16

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia/Traumatologia
CRM - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BOMIL

01R-45

FILMADO DIRETO

JOSE HENRIQUE DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.289.994

DATAS E EXPIRAÇÃO 24/08/2011

NOME << JOSE HENRIQUE DA SILVA >>

FILIAÇÃO << SIVONALDO PEDRO DA SILVA >>
<< JOSÉLIA SILVA >>

NAT. VALIDADE CARUARU - PE

DATA DE NASCIMENTO 28/10/1994

DOC. ORIGEM << 074195 0755 1998 1 00068-121
0084630-51 CARUARU-PE >>

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.115 DE 20.06.07

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
112.914.734-75

Nome
JOSE HENRIQUE DA SILVA

Nascimento
28/10/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
21E7.8B0A.C432.A5DE

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:38:39 do dia 09/07/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

557-5120



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.198.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Verey

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0280028 21/10/2019 13:10:08

Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Sexo: MASC

D. Nasc.: 28/10/1994

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: JOSELIA SILVA

Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA

Endereço: R- JOAO OLEGARIO DO NASCIMENTO 27

Bairro: ARMANDO ALEIXO

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0177742

SUS: 162313593370003

Idade: 25 ANOS

CPE:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 50 x 100 mmHg

Pulso: 102 bpm

Temperatura: _____

Peso: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

*Trameteu em 19/10/2019
acidente automobilístico - fratura
peroneo do membro inferior*

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

*Fratura 1 sup + 5 fós. 200 ml (129)
Do cadáver 1 sup + 1 fós (129)*

Conduta:

Kátia C. Costa Silva
Téc. Enfermagem
COREN 829246

13:30

Liberação do Paciente: Data: 1/11/2019

Hora: 13:30

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Assinatura de M. I. (F)
MPA - 5798-148

24:00h

Assinatura de M. I. (F)
MPA - 5798-148

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:10

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50 >140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ material biológico ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, queimaduras (); Dor abdominal sem alterações de SSW (); PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE (X) AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO (X)

Brienna Loren: 400405
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 20/04/02

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.832/0001-03 | Ins. Est. 0005931-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSELIA SILVA

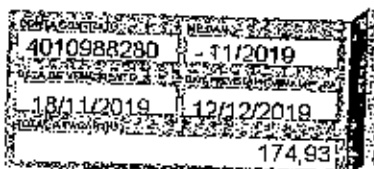
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOSE BERNARDINO GOMES 30

CPF: 748.468.814-87, NIS: 20631476749

BAIRRO NOVOESANTACRUZ DO CAPIBARI
 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
 55192-390

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COMUM

06407250 UNICA 03/11/2019
 09/11/2018 2007022082 3413707



DESCRIÇÃO DO NOTÍFICANTE

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	33,0000000	0,73747243	7,87
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,14685274	21,46
Consumo Ativo superior a 100 até 229 kWh	120,0000000	0,87492311	80,88
Consumo Ativo superior a 229 kWh	38,0000000	0,74989123	28,59
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,66
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,38
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,74
ICMS Substituição - CDE NF 076280001-06/08/18			0,20
Multa por atraso NF 050082658 - 08/10/18			2,38
Juros por atraso NF 080002668 - 08/10/18			0,03
Atualização ICPM NF 080002668 - 08/10/18			0,52

TOTAL DA FATURA

174,93

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTÍFICAÇÃO

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
NOV-2018	CAT	04-10-2018		30350,00	04-11-2018	30214,00	31	1,00000			236,00

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
NOV-18	256										
OUT-18	302										
SET-18	153										
AGO-18	184										
JUL-18	187										
JUN-18	153										
MAY-18	217										
ABR-18	170										
MAR-18	257										
FEV-18	243										
JAN-18	214										
DEZ-18	329										
NOV-18	231										

Informamos que a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais de baixa renda inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e que a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais de baixa renda inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e que a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais de baixa renda inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico).

As condições de uso da tarifa social de energia elétrica são as seguintes:
 - A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais de baixa renda inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e que a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais de baixa renda inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico).
 - A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais de baixa renda inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e que a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais de baixa renda inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico).
 - A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais de baixa renda inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e que a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais de baixa renda inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico).



1. 项目背景与意义

ENTERED IN LINDA COMPTON

LONESTAR VITALINO 2

ALTO DO MONTAVAL, 70 DO MOURA
CARUARU PE
55300-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Inc.

09/11/2018 | 2000A31736 | 002481

Engenharia Privada (LVM)
Açrescino Bandeira AMARELA
Açrescino Bandeira VERMELHA
Contribuição Pública Municipal
ICMS Subvenção CDE-Nº 078348824.06/09/18

QUANTITATIVE	PROBABILITY	VALUE (EST)
122.0000000	0.7200000	87.4
		1.
		2.
		7.
		8.

UNITA DAFATURA

- 100.70

Nº DO ORÇ	Tipo de Funcão	Anterior	Atual	Var. Mens	Constante	Ajuste	Consumo (R\$)
		Data	Letura	Data	Letura		
317246882	(A)	02/02/02	2.830,00	02/01/02	2.980,00	31	1.500,00

[illegible][illegible]

NSF Grant #0421612, "The Role of the Teacher in the 21st Century: A Study of the Impact of the Teacher on the Quality of the Learning Environment in the 21st Century."

Variable	Obs	Value	Label	Value
Variable	Obs	Value	Label	Value

Este es un documento de la Oficina de Asesoría Jurídica, el cual es propiedad de la
 Oficina de Asesoría Jurídica y no debe ser distribuido fuera de ella. Si es necesario, se
 debe solicitar la autorización de la Oficina de Asesoría Jurídica para su uso.

[illegible]

EURO = Value do Euro em relação ao Dólar da Coreia do Sul, 100 = 1000,00

	MADE IN MEXICO	TOTAL A FAVOR OF US
1980-1981	100%	100%
1982-1983	100%	100%
1984-1985	100%	100%
1986-1987	100%	100%
1988-1989	100%	100%
1990-1991	100%	100%
1992-1993	100%	100%
1994-1995	100%	100%
1996-1997	100%	100%
1998-1999	100%	100%
2000-2001	100%	100%
2002-2003	100%	100%
2004-2005	100%	100%
2006-2007	100%	100%
2008-2009	100%	100%
2010-2011	100%	100%
2012-2013	100%	100%
2014-2015	100%	100%
2016-2017	100%	100%
2018-2019	100%	100%
2020-2021	100%	100%
2022-2023	100%	100%
2024-2025	100%	100%
2026-2027	100%	100%
2028-2029	100%	100%
2030-2031	100%	100%
2032-2033	100%	100%
2034-2035	100%	100%
2036-2037	100%	100%
2038-2039	100%	100%
2040-2041	100%	100%
2042-2043	100%	100%
2044-2045	100%	100%
2046-2047	100%	100%
2048-2049	100%	100%
2050-2051	100%	100%
2052-2053	100%	100%
2054-2055	100%	100%
2056-2057	100%	100%
2058-2059	100%	100%
2060-2061	100%	100%
2062-2063	100%	100%
2064-2065	100%	100%
2066-2067	100%	100%
2068-2069	100%	100%
2070-2071	100%	100%
2072-2073	100%	100%
2074-2075	100%	100%
2076-2077	100%	100%
2078-2079	100%	100%
2080-2081	100%	100%
2082-2083	100%	100%
2084-2085	100%	100%
2086-2087	100%	100%
2088-2089	100%	100%
2090-2091	100%	100%
2092-2093	100%	100%
2094-2095	100%	100%
2096-2097	100%	100%
2098-2099	100%	100%
2100-2101	100%	100%
2102-2103	100%	100%
2104-2105	100%	100%
2106-2107	100%	100%
2108-2109	100%	100%
2110-2111	100%	100%
2112-2113	100%	100%
2114-2115	100%	100%
2116-2117	100%	100%
2118-2119	100%	100%
2120-2121	100%	100%
2122-2123	100%	100%
2124-2125	100%	100%
2126-2127	100%	100%
2128-2129	100%	100%
2130-2131	100%	100%
2132-2133	100%	100%
2134-2135	100%	100%
2136-2137	100%	100%
2138-2139	100%	100%
2140-2141	100%	100%
2142-2143	100%	100%
2144-2145	100%	100%
2146-2147	100%	100%
2148-2149	100%	100%
2150-2151	100%	100%
2152-2153	100%	100%
2154-2155	100%	100%
2156-2157	100%	100%
2158-2159	100%	100%
2160-2161	100%	100%
2162-2163	100%	100%
2164-2165	100%	100%
2166-2167	100%	100%
2168-2169	100%	100%
2170-2171	100%	100%
2172-2173	100%	100%
2174-2175	100%	100%
2176-2177	100%	100%
2178-2179	100%	100%
2180-2181	100%	100%

DATA CONTRATO	VENBAND	DATA DE EXATICAÇÃO	VALOR
25/09/2017	11/2018	09/12/2019	108,70



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradalider.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 08h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / 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 021 12 06 | Central Operadora: 0800 021 91

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 SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL Pelo CONTROLE E REGULAÇÃO 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 ILEITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosemere Formosinho da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 628.462.994-1/04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Henrique da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.914.734-75

do sinistro de DPVAT cobertura invalidos da vítima José Henrique da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.914.734-75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: advogado Renda: recursos próprios e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Santa Vitalino</u>	Número: <u>02</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Alto do Moura</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	CEP: <u>55000-000</u>
E-mail: <u>ros-emere2008@yahoo.com.br</u>	Estado: <u>PE</u>	Tel. (DDD): <u>8519-9215-1676</u>

Local e Data: Caruaru - PE, 18/12/2019

Rosemere Formosinho da Silva
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218004305

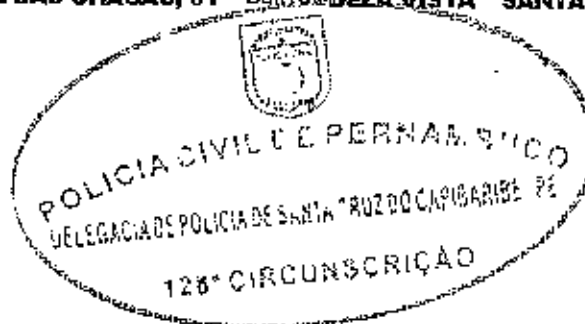
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2019** às **14:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/10/2019** às **13:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA AMARO MANOEL DAS CHAGAS, 01 - Bairro: BELA VISTA - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
TAMYRES NAYARA DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ HENRIQUE DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ HENRIQUE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSELIA SILVA Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: **28/10/1994** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9289994/SDS/PE (RG), 11291473475 (CPF)** Profissão: **ESTOQUISTA** Telefones Celulares: **- 81992684957**

Residencial: **RUA JOSE BERNARDINO GOMES - BAIRRO NOVO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 30 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

TAMYRES NAYARA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SIVONALDO PEDRO DA SILVA Pai: **JOSELIA SILVA** Data de Nascimento: **25/8/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3115116/SSP/PB (RG), 06801582437 (CPF)** Profissão: **SECRETARIA(O)** Telefones Celulares: **- 81992043191**

Endereço Residencial: **RUA JOSE DA SILVA NEVES, 351 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO NECO ARACAO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TAMYRES NAYARA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TAMYRES NAYARA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW1793 (PERNAMBUCO/VERTENTES)** Chassi: **9C2JB0100JR101598**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **EM POSSE DE TAMYRES NAYARA DA SILVA NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA. RENAVAM: 11411011367.**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA PELA REFERIDA VIA QUANDO NUM CRUZAMENTO A CONDUTORA NÃO IDENTIFICADA DO VEICULO FIORINO COR BRANCA ADENTROU DE VEZ NA AVENIDA, OCASIÃO A QUAL ATINGIU OS OCUPANTES DA MOTO HONDA POP 100. COM A COLISÃO, JOSÉ HENRIQUE DA SILVA FOI ATINGIDO NA PERNA ESQUERDA. A CONDUTORA DA MOTOCICLETA NÃO SOFREU FERIMENTOS. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA MUNICIPAL PARA ATENDIMENTO MÉDICO, SENDO ENCAMINHADA POSTERIORMENTE PARA HRA DE GARUARU E EM MOMENTO ULTERIOR, AO HOSPITAL DA CIDADE DE MORENO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO, TENDO ALTA DIAS DEPOIS. DIANTE DO EXPOSTO O FATO FOI REGISTRADO NESTA UNIDADE POLICIAL PARA PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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

José Henrique da Silva
JOSÉ HENRIQUE DA SILVA
 (VITIMA)

TAMYRES NAYARA DA SILVA
 (OUTRO)

Tamyres Nayara da Silva

B.O. registrado por: **MARCIA NUNES DE MAGALHÃES FERREIRA** - Matrícula: **320124-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

112.914.734-75 José Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR RUSEP Nº 445/2011

5 - Nome completo:

José Henrique da Silva

6 - CPF:

112.914.734-75

7 - Profissão:

Atendente

8 - Endereço:

Rua José Bernardino Gomes

9 - Número:

30

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Barro Preto

12 - Cidade:

Santa Cruz do Capib.

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55192-390

15 - E-mail:

jose-mene2008@Yahoo.com.br

16 - Tel.(DDD):

(91)-99215-1674

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 18 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:

☒ RECEBO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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 um(s) opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (titular ou bancar)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4038

CONTA:

013.000.22752 0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 3º grau DPVAT 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 reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário. As custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitor)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

34 - Vítima deixou irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

35

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

40 - Local e Data, Recife, 21 de Janeiro 2020

José Henrique da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (devidamente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

112.914.734-75 José Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR RUSEP Nº 445/2011

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

8 - CPF:

7 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - Renda Mensal do Titular da Conta:

21 - Dados Bancários:

22 - Renda Mensal do Titular da Conta:

☒ RECEBIMENTO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

23 - 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)

☐ CONTA CORRENTE (titular ou beneficiário)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

24 - 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 reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário. As custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

26 - Data do óbito da vítima:

27 - Grau de Parentesco com a vítima:

28 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

30 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

31 - Se tinha filhos, informar vivos:

☐ Sim ☐ Não

32 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

34 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim ☐ Não

35 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

36

37 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

41 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

42 - Local e Data, Recife, 21 de Janeiro 2020

José Henrique da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (devidamente)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Promotor (se houver)

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033171

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE HENRIQUE DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 0000022752-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033171

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE HENRIQUE 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: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE HENRIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000022752-0

Nr. da Autenticação 2546381C329B2D60

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460780/19

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

CPF: 112.914.734-75

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE DA SILVA

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

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE HENRIQUE DA SILVA : 112.914.734-75

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: 19/12/2019
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Henrique da Silva
 Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: solteiro
 Profissão: Ator
 Identidade: 9.289.994 CPF: 432.934.734-75
 Endereço: Rua José Bernardino Gomes Nº 30, Bairro

Novo, Santa Cruz do Capibaribe PE -
PEP = 55192-390

OUTORGADO:

Nome: Romana Ferreira da Silva
 Nacionalidade: Brasileira Estado civil: solteira
 Profissão: Ator
 Identidade: 6274229 CPF: 628-462-994-04
 Endereço: Rua Mestre Vilalva Nº 02, Alto do
Nova, Caruaru - PE.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

em Santa Cruz do Capibaribe - PE 20-11-2019
 LOCAL E DATA:

Jose Henrique da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Tabellão: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
 Av. Th. S. Araújo Aragão, 174 - Centro
 Santa Cruz do Capibaribe - PE - Fone: (81) 3719-1999

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: (1) Jose Henrique da Silva, Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 20/11/2019, 15-09. - Total: 4,91. Em Testemunho da verdade. Romana Eva dos Santos Cavalcanti Sales Escrevente. Selo(s): 0189487.YGN10201892.02527



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460780/19

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

CPF: 112.914.734-75

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/10/2019

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

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

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

JOSE HENRIQUE DA SILVA : 112.914.734-75

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

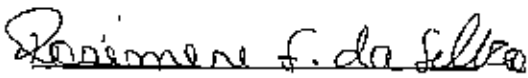
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 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.

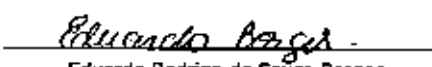
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04


ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014958755620
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM PATRO EXERCÍCIO
1 1141101387 ***** 2019

NOME
TAMYRES NAYARA DA SILVA

VERTENTES - PE

CPF/STP PLACA
069.015.824-37 PCW1793

PLACA ANT/UN CHASSI
***** 962JB0100JR101598

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAB MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/POP 110I 2017 2018

CAP/TOT/CIL CATEGORIA COR/RECOROMINANTE
2P/153CL PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS
1 ISVA 2019 QUITADO 1 *****

FAIXA/PVA PARCELAMENTO/COTAS
A 1 ***** 2 ***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) NOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
30.11 0.32 34.55 28/01/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

Roberto Carlos Morciza Fontelles

VERTENTES - PE 11/10/19

Roberto Carlos Morciza Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUE POR SUA CARGA, APESSAR
DE TRANSPORTADAS, OU NÃO, SEGURO DPVAT

PE Nº 014958755620 BILHETE DE SEGURO DPVAT

TAMYRES NAYARA DA SILVA

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

www.seguradora lider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VERTENTES - PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 11/10/19

VIA COD RENAVAM PATRO PLACA
1 1141101387 PCW1793

RENAVAM MARCA/MODELO
1141101387 HONDA/POP 110I

ANO FAB ANO MOD CHASSI
2017 2018 962JB0100JR101598

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENSV (R\$) PENALTAR (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.01 40.05

CLASSE DO BILHETE (R\$) NOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15 0.32 64.55

FORMA DE PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO 28/01/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.242.604/0001-74

DESTAQUE E ENFASE DO BILHETE DPVAT

VER NAS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BOMIL

01R-45

FILMADO DIRETO

JOSE HENRIQUE DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.289.994

DATA DE EMISSÃO 24/08/2011

NOME << JOSE HENRIQUE DA SILVA >>

FILIAÇÃO << SIVONALDO PEDRO DA SILVA >>
<< JOSÉLIA SILVA >>

NAT. VALIDADE CARUARU - PE

DATA DE NASCIMENTO 28/10/1994

DOC. ORIGEM << 074195 0755 1998 1 00068-121
0084630-51 CARUARU-PE >>

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.115 DE 20.06.07

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
112.914.734-75

Nome
JOSE HENRIQUE DA SILVA

Nascimento
28/10/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
21E7.8B0A.C432.A5DE

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:38:39 do dia 09/07/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

557-5120

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1560914109

PROIBIDO PLASTIFICAR

1560914109

NOME		
ROSEMEIRE FORMOSINA DA SILVA		
DDI, LOCALIDADE, ORG. EMISSOR / UF		
5274229 SSP PE		
CPF	DATA NASCIMENTO	
628.462.994-04	11/01/1973	
FILIAÇÃO		
SEVERINO FIRMINO DA SI		
LVA		
MARGARIDA FORMOSINA DA		
SILVA		
PERMISSÃO	ATO	CAT. INSC.
		C
Nº REGISTRO	Val. MANT.	VALIDADEZ
03911656615	26/12/2022	18/08/2008
RESERVAÇÃO		
RAB		
Assinatura do Portador		
Rosemeire Formosina da Silva		
LOCAL	DATA CRIAÇÃO	
CARUARU, PE	05/01/2018	
Assinatura do Presidente		
Assinatura do Secretário		
55442030980		
72075654630		
PERNAMBUCO		



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradalider.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 08h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / 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 021 12 06 | Central Operadora: 0800 021 91

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 SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL Pelo CONTROLE E REGULAÇÃO 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 ILEITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosemere Formosinho da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 628.462.994-1, 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Henrique da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.914.734-75

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da vítima José Henrique da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.914.734-75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: advogado Renda: recursos próprios e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Santa Vitalino</u>	Número: <u>02</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Alto do Moura</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	CEP: <u>55000-000</u>
E-mail: <u>ros-emere2008@yahoo.com.br</u>	Estado: <u>PE</u>	Tel. (DDD): <u>8519-9215-1676</u>

Local e Data: Caruaru - PE, 18/12/2019

Rosemere Formosinho da Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JOSE HENRIQUE DA SILVA** nascido em 28/10/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 21/10/2019 por volta das 13h10min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de NOVEMBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
DIRETOR
MAT.069043

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

01

Verey

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.198.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0280028 21/10/2019 13:10:08 Código: 0177742
Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA SUS: 162313593370003
Sexo: MASC D. Nasc.: 28/10/1994 Idade: 25 ANOS
RG: CPE:
Profissão:
Filiação: Mãe: JOSELIA SILVA
Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Endereço: R- JOAO OLEGARIO DO NASCIMENTO 27
Bairro: ARMANDO ALEIXO Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Estado: PERNAMBUCO CEP: Fone:

Pressão Arterial: 50 x 100 mmHg Pulso: 102 bpm
Temperatura: _____ Peso: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

*Trameteu em 10/10/19
acidente automobilístico - fratura
peroneo do membro inferior*

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

*Fratura 1 sup + 5 fós. 200 ml (129)
Do cadáver 1 sup + 1 fós (129)*

Conduta:

Kátia C. Costa Silva
Téc. Enfermagem
COREN 829246

13:30

Liberação do Paciente: Data: 1/1 Hora: 13:30

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Assinatura de M. I. (F)
MPA - 5798-148

24:00h

Assinatura de M. I. (F)
MPA - 5798-148

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:10

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50 >140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ material biológico ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, queimaduras (); Dor abdominal sem alterações de SSW (); PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE (X) AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO (X)

Brenna Loren: 400405
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 554620

Prontuário: 347512

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Data Nasc.: 28/10/1994

Idade: 24

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG: 9289994

CNS: 152313593370003

Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES

Nº: 30

Bairro: BAIRRO NOVO

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Estado: PE

CEP: 55195705

Fone: 991961466

Profissão:

Nome da Mãe: JOSÉLIA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2. ATENDIMENTO

Data: 22/10/2019 10:26

Médico: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Ótima Principal / HDA:

Recebi vit. de acidente com fratura
comum no pé (E) no 2º dia

Exame Físico:

PA: FR: MTC
Do e incapacidade funcional do MTC
Pele íntegra. Sem edema

Diag. Provisório:

Fratura distal de tíbia (E)
comum. Suficiente para fratura a
curar

Prescrição:

Dieta:

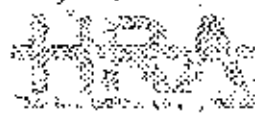
Data

Horário

Dr. Sérgio da Costa Lima
CRM: 9289994
CRM: 9289994
CRM: 9289994

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EMERGÊNCIA



3. Evolução / Exames	

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido		☐ Paciente	☐ Familiar
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.			
Nome: _____	RG: _____		
Endereço: _____	Tel.: _____		
Data: ____/____/____	Assinatura _____		

Autorização de Procedimento		☐ Paciente	☐ Familiar
Nome: _____	RG: _____		
Endereço: _____	Tel.: _____		
Procedimento: _____			
Assinatura _____			

Diag. Definitivo: _____			
Destino do Paciente			
☐ Alta	☐ Cirurgia	☐ Óbito	☐ Evadui-se
☐ Transferência: _____		☐ Internamento _____	
☐ Termo de Alta a Pedido			

Condição de Alta			
☐ Curado	☐ Melhorado	☐ Inalterado	☐ Óbito
Data: ____/____/____	Hora: ____:____	Médico: _____	CRM: _____

Data e hora retirada da senha: 22/10/2019 10:15

Nome Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/10/1994
Sexo: Masculino
Idade: 24
Senha: 00008
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/10/2019 10:20 - 22/10/2019 10:21

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 188393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO COM CARRO HA 24H, COM SINAIS DE FRATURA EM MIE.

Medicamento(s): HAS - DM -

Observação: SENHA 5758178
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: FERIDAS

Discriminador(es): - INFLAMAÇÃO LOCAL?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 188393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/10/2019 10:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Tereza Henriques da Silva

Tratamento logo após o parto 5798170

- pet. logo na unidade após
parto, de modo com a presença
de MPE de dor intensa

- Rx. Evolução prévia Obliqua
em direção da T. L. e C. Fechada

- Solicito Medicação e Car. data
da TRA M. A. T. e C. e C.

Data: 20/10/19

MÉDICO

Nome:		Rg:	
Medicamentos:			
Data:			
		MÉDICO	

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/11/2019 10:51

Atendimento: 328233 Entrada: 23/10/2019 Hora: 15:34
Acomodação: LEITO DIA 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: LEITO DIA
Permanência: 8 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 162313593370003

Paciente: 1625964 JOSE HENRIQUE DA SILVA
Nascimento: 28/10/1994 (25 Anos)
Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES
Bairro: NOVO C.E.P.: 55190-000
Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Mãe: JOSELIA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11291473475
Identidade: 9289994 - SDS - PE
Telefone: / 991961486
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: CARUARU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 23/10/2019 - 17:45

AValiação (Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)

Queixa do paciente: VINDO DO HOF

FRATURA DA TIBIA ESQ

QUEDA DE MOTO HA 3 DIAS

SEM TCE HEMODD EST+ ISOCO-EUPN-ACIANO-CONSC

PELE = ESCORIAÇÕES LOCAIS LIMPAS 1 FLICTENA PEQ LIMP

PERF+

NV+

NEGA COMORBIDADES

NEGA ALERGIAS

		Horario/Checkagem
01 -	INTERNAMENTO CIRURGICO	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Armindo Moura
Serviço de Arquivo
Fone: (81) 3330-1100
Av. Cleto Campolina nº 100 - 13

Atendimento: 328233 Entrada: 23/10/2019 Hora: 15:34
Acomodação: LEITO DIA 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: NISAN BAIÁ DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: LEITO DIA
Permanência: 8 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 162313593370003

Paciente: 1625964 JOSE HENRIQUE DA SILVA
Nascimento: 28/10/1994 (25 Anos)
Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES
Bairro: NOVO C.E.P.: 55190-000
Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Paí: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Mãe: JOSELIA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11291473475
Identidade: 9289994 - SDS - PE
Telefone: / 981961468
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: CARUARU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 30/10/2019 - 10:06

AValiação (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1: silvio johnson

Anestesiista: elvelton

Instrumentador: eder

Diagnóstico Pré-Operatório:

FRATURA DA TIBIA ESQ+LESÃO DE TENDÃO PATELAR

Cirurgia Realizada:

1. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISÁRIA DA TÍBIA

2. TENODESE D EPATELAR

CIRURGIA MULTIPLA

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Acidentes:

Não houve

Descrição:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA MIE
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS MIE
ARTROTOMIA DO JOELHO MEDIANTE INCISÃO TRANSPATELAR COM ABERTURA POR PLANOS E OBSERVADA
LESÃO PARCIAL DE TENDÃO PATELAR
REDUÇÃO DA FRATURA E PASSAGEM DE FIO GUIA INTRAMEDULAR
FRESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR TIBIAL
PASSAGEM DE HASTE TIBIAL BLOQUEADA Nº 360X9
RETIRADA DO FIO GUIA
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL

REALIZADO MANOBRA PULL BACK PARA IMPACTAÇÃO
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO PROXIMAL
COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO
LAVAGEM DAS FERIDAS COM SF 0,9%
DESBRIDAMENTO E TENODESE DO TENDÃO PATELAR EM TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TIBIA
SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
USADA FLUOROSCOPIA
CURATIVO OCLUSIVO

Materiais Prosmed:

HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA PARA TÍBIA N° 360X9 - 01 UNIDADE
PARAFUSO DE BLOQUEIO - 04 UNIDADES
PARAFUSO TAMPÃO - 01 UNIDADE



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA (1625964)

Admissão: 328233

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MEDICO

Atesto para os devidos fins que JOSE HENRIQUE DA SILVA compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S82

- ☐ () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
- ☒ (X) Necessitando de (15) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- ☐ () Como acompanhante.
- ☐ () Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

☐ Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 30/10/2019 as 10:14

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA (1625964)

Admissão: 328233

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MEDICO

HD:

CID: <<S82>>FRATURA DE DIAFISE DA TIBIA ESQ+LESÃO DE TENDÃO PATELAR

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 23/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 30/10/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM HASTE BLOQUEADA+TENODESE PATELAR

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;

4 - RETORNAR DIA 27/11/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;DEAMBULAR COM 2 MULETAS E REALIZAR CARGA PARCIAL NO MIE. INICIAR FISIOTERAPIA. REQUISIÇÃO EM ANEXO.

5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 30/10/2019 as 10:16

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia/Traumatologia
CRM - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:



Figure 2. The effect of the concentration of the *Agaricus bisporus* spores on the growth of *Agaricus bisporus* on the substrate.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

01

Verey

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.198.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0280028 21/10/2019 13:10:08

Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Sexo: MASC

D. Nasc.: 28/10/1994

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: JOSELIA SILVA

Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA

Endereço: R- JOAO OLEGARIO DO NASCIMENTO 27

Bairro: ARMANDO ALEIXO

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0177742

SUS: 162313593370003

Idade: 25 ANOS

CPE:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 50 x 100 mmHg

Pulso: 102 bpm

Temperatura: _____

Peso: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

*Trameteu em 19/10/2019
acidente automobilístico - fratura
peroneo do membro inferior*

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

*Fratura 1 sup + 5 fós. 200 ml (129)
Do cadáver 1 sup + 1 fós (129)*

Conduta:

Kátia C. Costa Silva
Téc. Enfermagem
COREN 829246

13:30

Liberação do Paciente: Data: / /

Hora: :

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Assinatura de M. I. (F)
MPA - 5798-148

24:00h

Assinatura de M. I. (F)
MPA - 5798-148
21/10/2019

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:10

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50 >140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ material biológico ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, queções (); Dor abdominal sem alterações de SSW (); PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE (X) AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO (X)

Brienna Loren: 400405

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

**CELPE**

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 28/04/02

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PERNAMBUCO
 Av. João de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.833/0001-03 | Ins. Est. 0005931-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

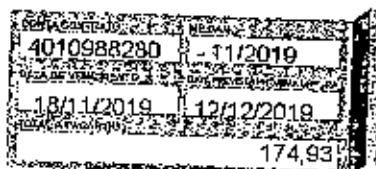
JOSELIA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE BERNARDINO GOMES 30

CPF: 748.468.814-87, NIS: 20631476749

BAIRRO NOVOSSANTA CRUZ DO CAPIBARI
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-390CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMUNS

06407250 UNICA 09/11/2019
 09/11/2019 2007022082 3413707

**DESCRIÇÃO DO NOTÍFICANTE**

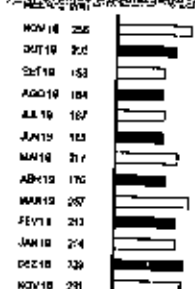
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	33,000000	0,73747243	7,87
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,14685274	21,46
Consumo Ativo superior a 100 até 229 kWh	120,000000	0,87492311	80,88
Consumo Ativo superior a 229 kWh	38,000000	0,74989123	28,59
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,66
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,38
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,74
ICMS Substituição - CDE NF 076280001-06/08/18			0,20
Multa por atraso NF 050082658 - 08/10/18			2,38
Juros por atraso NF 080002668 - 08/10/18			0,03
Atualização ICPM NF 080002668 - 08/10/18			0,52

TOTAL DA FATURA

174,93

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTÍFICAÇÃO

PERÍODO	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
NOV-2018	CAT	04-10-2018		30350,00	04-11-2018	30214,00	31	1,00000			236,00

ANÁLISE DE CONSUMO**ANÁLISE DE CONSUMO POR PERÍODO**

PERÍODO	VALOR DO CONSUMO	%	VALOR DO IMPORTE
NOV-18	133,66	25,00	30,41
DEZ-18	153,55	0,00	1,41
JAN-19	153,60	4,25	6,52

ANÁLISE DE CONSUMO POR TIPO DE CONSUMO

TIPO DE CONSUMO	VALOR	%
Transmissão	5,40	3,09%
Distribuição (Cabo)	23,21	13,28%
Perdas de Energia	10,48	6,01%
Energia Comercial	3,25	1,86%
Interação	48,33	27,63%
Total	160,67	100%

Consumo Ativo até 30 kWh: 7,87
 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 21,46
 Consumo Ativo superior a 100 até 229 kWh: 80,88
 Consumo Ativo superior a 229 kWh: 28,59

Acrescimo Bandeira AMARELA: 2,66
 Acrescimo Bandeira VERMELHA: 3,38
 Contrib. Ilum. Pública Municipal: 18,74
 ICMS Substituição - CDE NF 076280001-06/08/18: 0,20
 Multa por atraso NF 050082658 - 08/10/18: 2,38
 Juros por atraso NF 080002668 - 08/10/18: 0,03
 Atualização ICPM NF 080002668 - 08/10/18: 0,52

Este documento é uma cópia da fatura de energia elétrica emitida pela Companhia Energética do Pernambuco (CELPE). A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor devido. A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor devido. A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor devido.

As condições de uso e a política de privacidade da CELPE estão disponíveis no site www.celpe.com.br. A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor devido. A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor devido. A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor devido.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

112.914.734-75 José Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR NUSEP Nº 445/2011

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

8 - CPF:

7 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

☒ RECEBO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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 um(s) opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (titular ou bancar)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4038

CONTA:

013.000.22752 0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário. As custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

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 (ou nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

40 - Local e Data,

José Henrique da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (devidamente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218004305

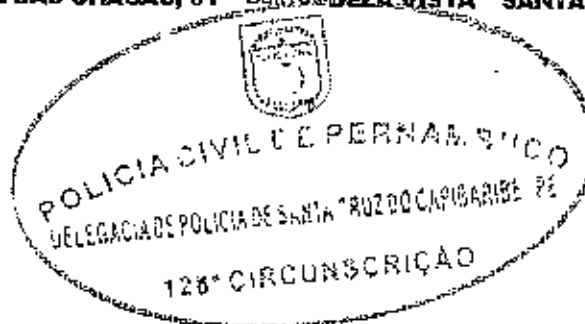
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2019** às **14:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/10/2019** às **13:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA AMARO MANOEL DAS CHAGAS, 01 - Bairro: BELA VISTA - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
TAMYRES NAYARA DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ HENRIQUE DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ HENRIQUE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSELIA SILVA Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: **28/10/1994** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9289994/SDS/PE (RG), 11291473475 (CPF)** Profissão: **ESTOQUISTA** Telefones Celulares: **- 81992684957**

Residencial: **RUA JOSE BERNARDINO GOMES - BAIRRO NOVO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 30 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

TAMYRES NAYARA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SIVONALDO PEDRO DA SILVA Pai: **JOSELIA SILVA** Data de Nascimento: **25/8/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3115116/SSP/PB (RG), 06801582437 (CPF)** Profissão: **SECRETARIA(O)** Telefones Celulares: **- 81992043191**

Endereço Residencial: **RUA JOSE DA SILVA NEVES, 351 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO NECO ARACAO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TAMYRES NAYARA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TAMYRES NAYARA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW1793** (PERNAMBUCO/VERTENTES) Chassi: **9C2JB0100JR101598**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **EM POSSE DE TAMYRES NAYARA DA SILVA NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA. RENAVAM: 11411011367.**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA PELA REFERIDA VIA QUANDO NUM CRUZAMENTO A CONDUTORA NÃO IDENTIFICADA DO VEICULO FIORINO COR BRANCA ADENTROU DE VEZ NA AVENIDA, OCASIÃO A QUAL ATINGIU OS OCUPANTES DA MOTO HONDA POP 100. COM A COLISÃO, JOSÉ HENRIQUE DA SILVA FOI ATINGIDO NA PERNA ESQUERDA. A CONDUTORA DA MOTOCICLETA NÃO SOFREU FERIMENTOS. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA MUNICIPAL PARA ATENDIMENTO MÉDICO, SENDO ENCAMINHADA POSTERIORMENTE PARA HRA DE GARUARU E EM MOMENTO ULTERIOR, AO HOSPITAL DA CIDADE DE MORENO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO, TENDO ALTA DIAS DEPOIS. DIANTE DO EXPOSTO O FATO FOI REGISTRADO NESTA UNIDADE POLICIAL PARA PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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

José Henrique da Silva
JOSÉ HENRIQUE DA SILVA
 (VITIMA)

TAMYRES NAYARA DA SILVA
 (OUTRO)

Tamyres Nayara da Silva

B.O. registrado por: **MARCIA NUNES DE MAGALHÃES FERREIRA** - Matrícula: **320124-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

112.914.734-75 José Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR RUSEP Nº 445/2011

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

8 - CPF:

7 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

☒ RECEBO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale um(s) opção)

☐ Bradesco (232)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (titular ou beneficiário)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4038

CONTA: 013.000.22752

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário. As custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

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:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

40 - Local e Data,

José Henrique da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (devidamente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Provedor (se houver)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Henrique da Silva
 Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: solteiro
 Profissão: Ator
 Identidade: 9.289.994 CPF: 432.934.734-75
 Endereço: Rua José Bernardino Gomes Nº 30, Bairro

Novo, Santa Cruz do Capibaribe PE -
PEP = 55192-390

OUTORGADO:

Nome: Romana Ferreira da Silva
 Nacionalidade: Brasileira Estado civil: solteira
 Profissão: Ator
 Identidade: 6274229 CPF: 628-462-994-04
 Endereço: Rua Mestre Vilalva Nº 02, Alto do
Nova, Caruaru - PE.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

em Santa Cruz do Capibaribe - PE 20-11-2019
 LOCAL E DATA:

Jose Henrique da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Tabellão: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
 Av. Th. S. Araújo Aragão, 174 - Centro
 Santa Cruz do Capibaribe - PE - Fone: (81) 3719-1919

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: (1) Jose Henrique da Silva, Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 20/11/2019, 15-09. - Total: 4,91. Em Testemunho da verdade. Romana Eva dos Santos Cavalcanti Sales Escrevente. Selo(s): 0169467.YGN10201B02.02527



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028118/20

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

CPF: 112.914.734-75

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE DA SILVA

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

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE HENRIQUE DA SILVA : 112.914.734-75

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: 21/01/2020
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200033171 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLETO NA DIÁFIS DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA. (P1/3/5/8/10FC/13)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014958755620
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 1141101387 PATRO ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
TAMYRES NAYARA DA SILVA

VERTENTES - PE

CPF 069.015.824-37 PLACA PCW1793

PLACA ANT/UN ***** 9628B0100JR101598

ESPECIE TIPO FASE MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I ANO FAB 2017 ANO MOD 2018

CAP/TOT/CIL 2P/153CL CATEGORIA PARTIC COR PRE DOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA ISVA 2019 QUITADO VENC COTA UNICA 1 *****

FAIXA/PVA 1 PARCELAMENTO/COTAS 2 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 30.11 NOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 30.43 DATA DE PAGAMENTO 28/01/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

Assinado por Roberto Carlos Moreira Fontelles

VERTENTES - PE 11/10/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUE POR SUA CARGA, APESSAR
DE TRANSPORTAR O NAO, SEGURO DPVAT

PE Nº 014958755620 BILHETE DE SEGURO DPVAT

TAMYRES NAYARA DA SILVA

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

www.seguradora lider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VERTENTES - PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/10/19

VIA 1 CPF/CNPJ 069.015.824-37 PLACA PCW1793

RENAVAM 1141101387 MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB 2017 ANO MOD 2018

PLACA ANT/UN ***** 9628B0100JR101598

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENSAIO 36.05 PENALTA (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CLASSE DO BILHETE (R\$) 4.15 NOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 64.58

FORMA DE PAGAMENTO ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 28/01/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.242.604/0001-74

DESTAQUE E ENFASE DO BILHETE DPVAT
NÃO É A ÚNICA FORMA DE COBERTURA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028118/20

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

CPF: 112.914.734-75

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE DA SILVA

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

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE HENRIQUE DA SILVA : 112.914.734-75

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: 21/01/2020
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges