

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	633.036.714-00	Sebastião José da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Sebastião José da Silva	633.036.714-00	
Profissão:	Endereço:	Número:
pedreiro	sítio lagoa de Estrele	590
Bairro:	Cidade:	Estado:
sítio lagoa	Riacho das Almas	PE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	55120-000	(81) 996603340
		(81) 996604706

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

RENTA MENSAL:

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

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AGÊNCIA: <u>3211</u> <u>5</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CONTA: <u>07404</u> <u>7</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Recife 09.04.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Sebastião José da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



Bradesco

**Crédito - Débito
Crediário**



5067 3157 7146 1200

5067

07/19 3211 5 0007404 7 02 00

VALIDO ATE AGÊNCIA DIG CONTA DIG VIA TIPO

elo

SEBASTIAO JOSE DA SILVA

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 098ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98ªCIRC
DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0188000216

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/04/2019 às 10:50

ACIDENTE DE TRÁNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/3/2019 às 18:20

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO SOARES DA FONSECA, 1, NA PRIMEIRA ENTRADA DO GOLDEN PARK - Bairro: VILA DA CONAS - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JONAS FERREIRA DE ANDRADE (AUTOR AGENTE)
GENI BATISTA DA SILVA (NOTICIANTE)
MESSIAS (TESTEMUNHA)
MAURICIO (TESTEMUNHA)
SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JONAS FERREIRA DE ANDRADE
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA

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

SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIANA MARIA DE LIMA Pai: JOSÉ JOAQUIM DA SILVA Data de Nascimento: 12/12/1964 Nacionalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10148742/SDS/PE (RG), 63303671400 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares: - 989660489

Endereço Residencial: BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1. SÍTIO ESMERA, PRÓXIMO DE ZÉ SEVERINO VIOLEIRO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

JONAS FERREIRA DE ANDRADE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANUNCIADA FERREIRA DE ANDRADE Pai: LUIZ GONZAGA DE ANDRADE Data de Nascimento: 06/1965 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: RUA DOUTOR MANOEL BORBA, 1. CASA DO CRIADOR ULMAR SUPERF - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

MESSIAS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: SÍTIO SERRA VERDE, 1, POR TRÁS DO POSTO DE EDINHO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL



MAURICIO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: INÁCIA Pai: JOSÉ SEVERINO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1, CASA DE SEVERINO VIOLEIRO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

GENI BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA PEREIRA DA SILVA Pai: MANOEL BATISTA DA SILVA Data de Nascimento: 4/7/1967 Naturalidade: GUARINHEM / PARAIBA / BRASIL Documentos: 10160166/SDS/PE (RG). 92898831468 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Telefones Celulares: 991505121

Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1, SÍTIO ESMERA, PRÓXIMO ZÉ SEVERINO VIOLEIRO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW4113 (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS)** Renavam: **141151020** Chassi: **9C2KCZ200JR008805**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JONAS FERREIRA DE ANDRADE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JONAS FERREIRA DE ANDRADE**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETE/GM/S10** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCC2018 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

SEBASTIÃO JOSÉ VINHA EM SUA MOTO, NA PE 95, NO SENTIDO CUMARU-PE - RIACHO DAS ALMAS-PE. QUANDO JONAS, QUE VINHA EM SUA CAMINHONETE, NO SENTIDO CONTRÁRIO, ENTROU À ESQUERDA BRUSCAMENTE, ATRAVESSANDO NA FRENTE DE SEBASTIÃO JOSÉ, QUE CHEGOU A FREIAR, MAS NÃO HOUVE TEMPO PARA PARAR, TENDO OCORRIDO A COLISÃO. A MOTO ATINGIU A LATERAL DIREITA DA CAMINHONETE. JONAS NÃO PAROU E SEGUIU NO SENTIDO DO BAIRRO GOLDEN PARK. SEBASTIÃO JOSÉ FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL LOCAL, PRONTUÁRIO 00020068-7, E DE LÁ AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE-PE, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS QUE SOFREU. POSTERIORMENTE SEBASTIÃO JOSÉ FEZ DIVERSAS CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS DE DRENAGEM, COM PREVISÃO DE SEIS MESES PARA MELHORA, SEM INFORMAÇÕES SOBRE SEQUELAS.

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

Geni Batista da Silva

GENI BATISTA DA SILVA
(NOTICIANTE)

Almir José da Silva
B.O. registrado por: **ALMIR JOSÉ DA SILVA - Matrícula: 209093-7**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

633.036.714-00

Sebastião José de Silva

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

Nome completo: Sebastião José de Silva CPF: 633.036.714-00
Profissão: Pedreiro Endereço: Sítio Lagoa de Esmeralda Número: 590 Complemento:
Bairro: Sítio Lagoa Cidade: Riacho das Almas Estado: PE CEP: 55120-000
E-mail: Tel.(DDD): (81) 996603340

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) (81) 996604706

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3211 5 CONTA: 07404 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Recife 09.04.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Sebastião José de Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura 09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



RIACHO DAS ALMAS

Governa Municipal

PREFEITURA DE RIACHO DAS ALMAS - PE
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 10.939.000/0001-05

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins em atenção do (a) Sr. (a) SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA, CPF 633.036.714-00 e RG10.148.742, que consta nos registros de ocorrências nº 01 do SAMU de Riacho das Almas, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 22 de Março 2019, às 18h e 23min, ocorrência, PE 95, colisão moto/carro, tendo sido enviado a Unidade de Suporte Básico, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportado para o Hospital Municipal Local.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos avaliação, imobilização e remoção.

Riacho das Almas, 03/04/2019.

Norasa Gonçalves Leal de Oliveira
COREN-PE 966.897 - RPF

Coordenador Municipal da Base

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

Recebi esta Declaração do SAMU de Riacho das Almas em ____/____/____



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista. Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscrição Fiscal 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

GENI BATISTA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI LAGOA DA ESMERA 590

CPF. 928.988.314-68 NIS 16336429602

SITIO LAGOA DA ESMERA/RIACHO DAS ALMAS PE
55120-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
053031051	UNICA	08/03/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/03/2019	2010834552	3313353

CONTA CONTRATO

7004234256

MÊS/ANO

03/2019

DATA DE VENCIMENTO

15/03/2019

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

04/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

35,83

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Contrib. Ilum. Pública Municipal
Multa por atraso-NF 041572680 - 10/12/18
Multa por atraso-NF 045348075 - 07/01/19
Juros por atraso-NF 041572680 - 10/12/18
Juros por atraso-NF 045348075 - 07/01/19

QUANTIDADE

30,0000000
70,0000000
8,0000000

PREÇO (R\$)

0,18693510
0,32046018
0,48069027

VALOR (R\$)

5,60
22,43
3,84
2,82
0,42
0,27
0,35
0,10

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DE VAT

TOTAL DA FATURA

35,83

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 074.350.264-76

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DR JOSE RUFINO BEZERRA 897 --B

CAJA/VITORIA DE SANTO ANTAO
VITORIA DE SANTO ANTAO PE
55610-010

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

7022365082

02/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

26/02/2019

14/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

149,07

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
050204867	ÚNICA	12/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/02/2019	2014785868	5186873

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	174,0000000	0,73479853	127,85
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,51
Multa por atraso-NF 042632464 - 15/12/18			3,04
Juros por atraso-NF 042632464 - 15/12/18			1,87

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Joiziane de Oliveira Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.350.264 / 76, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Sebastião José do Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.036.714/00

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Sebastião José do Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.036.714/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Av. José Rufino Bezerra</u>	Número: <u>897</u>	Complemento: <u>B</u>
Bairro: <u>capo</u>	Cidade: <u>Vitória</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55610-010</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Vitória/PE 30/04/2019

Joiziane de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

2592
22074



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0122460

Prontuário: 00020069-7

Idade: 54 ANOS, 3 MESES E 10 DIAS

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Dt. Nasc.: 12/12/1964 Sexo: M Est. Civil: CASADO

Endereço: SÍTIO ESMERA

CEP: 55655000

Cidade: CUMARU/PE

Bairro:

Nac: BRASIL

Documento: CI10148742

CNS:

Sisprenatal:

Tel.:

Mãe: SEBASTIANA MARIA DE LIMA

Pai:

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências			EXCELSIOR SEGUROS
Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento	
22/03/2019 18:39	0122460	ACIDENTE DE MOTO	
30/07/2016 10:59	0037038	MAL ESTAR	
			09 MAIO 2019
			SEGURO DPVAT

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
	110/70			

Queixas / Diagnóstico

Acidente moto

- ferido o rosto na cabeça
- torção anel esquerda
- fratura fechada - braço esquerda
- costado, dor no lado

glorioso 12

Tratamento

- 500mg. Sólido metil
- 500mg. Sólido
- 500mg. Sólido

Leite: Nino 5646523
Hospital: HN

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	

Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM Dr. Kelly Lima da Silva Clínica Médica HORARIO: 22074
<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada	
<input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada	

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:



TERMO DE RESPONSABILIDADE

AV. PEDRO JORDÃO, 734 - MAURÍCIO DE NASSAU - FONE: (81) 3727-7250 - CEP: 55.014-320 - CARUARU - PE

DADOS DO PACIENTE			
Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA			Registro: 5387
Nascimento: 12/12/1964	54 Anos	Sexo: Masculino	Natural: RIACHO DAS ALMAS
Identidade: 10148742	CPF: 633.036.714-00	Profissão:	
Endereço: SÍTIO RAMADA			Bairro: ZONA RUAL
Cidade: RIACHO DAS ALMAS	UF	CEP: 55120000	
Filiação: SEBASTIANA MARIA DE LIMA		/ JOSE JOAQUIM DE LIMA	
Telefone: 81993058040	Celular: 0	Religião:	
DADOS DA INTERNAÇÃO			
Médico Internação: PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE			Prontuário: 42319
Convênio: PARTICULAR HSG			Data Internação:
Matrícula:	Gula:	Validade Guia:	Senha:
Tipo Acomodação: Apartamento		Clínica: Cirúrgica	
Bloco: 4º ANDAR	Acomodação: APARTAMENTO 405	Leito: 405	
DADOS DO RESPONSÁVEL			
Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA		CPF: 633.036.714-00	Identidade: 10148742
Endereço: SÍTIO RAMADA		Bairro: ZONA RUAL	
Cidade: RIACHO DAS ALMAS		UF	Telefone: 81993058040

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O responsável, já devidamente qualificado e abaixo assinado, declara para todos os efeitos de direito que assume plena e total responsabilidade na condição de pagador solidário e/ou principal, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima residente e domiciliado no endereço supra mencionado, atendido e/ou internado neste Hospital.

No caso de o paciente acima mencionado ser associado a qualquer instituição que mantenha convênio com este Hospital, seja para pagamento total ou parcial do tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial, declara para todos os fins de direito que assume inteira responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital pela instituição conveniada, seja a que título for, incluindo atraso de pagamento em relação ao pactuado entre instituição e o Hospital.

Declara, ainda, a validade das despesas já mencionadas até a liquidação do débito, independente de notificação prévia e em caso de inadimplência, acrescidos de juros de mora a partir da alta hospitalar, despesas de cobrança e correção pelos índices de juros bancários.

Outrossim, autoriza que as despesas que forem realizadas, seja(m) emitida(s) duplicata(s) correspondente(s) a esses valores, em nome do responsável e/ou do paciente, ficando sob a responsabilidade de qualquer dos indicados honrar o pagamento do(s) referido(s) título(s).

Fica eleito como foro competente para dirimir eventuais dissídios decorrentes deste termo ou de qualquer procedimento realizado neste hospital, o foro da comarca de CARUARU/PE, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais especial que seja.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Este hospital não dispõe de qualquer tipo de cofre para guarda de pertences e/ou valores de seus pacientes e/ou acompanhantes, como também nenhum funcionário do Hospital encontra-se autorizado a proceder à guarda e/ou vigilância dos mesmos, cabendo aos senhores pacientes e acompanhantes a responsabilidade única e exclusiva de guarda e, vigilância de seus pertences e/ou valores, não devendo deixá-los no apartamento quando de sua(s) ausência(s).

Caso o paciente de CONVÊNIO possua autorização de internamento em ENFERMARIA, por opção do paciente ou responsável seja solicitada a troca de acomodação por APARTAMENTO o responsável deverá se encaminhar ao setor financeiro para pagamento da diferença no ato da internação.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Será realizado algum outro procedimento além do que está autorizado na guia do convênio? () Sim (X) Não

(Caso Afirmativo Descreva:

COBERTURAS PARA ACOMPANHANTE? () SIM (X) NÃO

Caruaru, 4 de Abril de 2019.

Sebastião J. S. dos Santos

☐ Fornecimento de cópia de prontuário.

Almeida
HOSPITAL MEMORIAL CARUARU S/C



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TODAS AS OPERAÇÕES CIRÚRGICAS

Este é um formulário padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas. As informações aqui contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para grandes em pacientes com várias complicações.

Estas informações não pretendem assustá-lo, e sim lhe oferecer dados sobre todos os riscos que eventualmente possam acontecer com procedimentos cirúrgicos. Por exemplo: em muitas operações há uma possibilidade muito remota de se precisar de transfusão sanguínea, mas assim a possibilidade de transfusão é mencionada. Esperamos que este formulário o ajude a compreender melhor eventuais acontecimentos que venham a ocorrer depois da cirurgia. Se você não entender alguma coisa, PERGUNTE.

Entendi que para evitar sangramento não devo ingerir produtos com aspirina (ácido acetilsalicílico) por 7 a 10 dias antes da cirurgia.

Reconheço que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais aqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico abaixo e os seus assistentes designados por ele, a executarem essas atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional dele, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou informado de que existem riscos significantes, como perda severa de sangue, infecção e ataque cardíaco que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente que, podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente que nos casos de cirurgias abertas, em que se faz uma incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando a necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura da minha condição.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesiológista aprovado pelo meu médico. Compreendo que toda anestesia envolve um certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Autorizo o uso de transfusões de sangue ou derivados do sangue se forem necessários e indicados pelos médicos. Estou ciente que existem doenças que podem ser transmitidas por meio destes produtos derivados

403

NOME: <u>Somália José da Silva</u>					DATA: <u>06/02/19</u>	REG:
SEXO: <u>M</u>	COR: <u>Pp</u>	IDADE: <u>52</u>	PESO:	ALT:	HOSPITAL:	

PRÉ-OPERATÓRIO	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Pré-Operatório (E)</u>								
	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA <u>Proposta para Intubação com Sonda Raquidiana e Propofol T2</u>				
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS					
	NA	K	CL	RESERVA ACL					
	OP. PROPOSTA <u>No Circo Intubação (E)</u>					ALERGIA:			
	OP. REALIZADA:					ANEST. ANTERIOR:			
						PRÉ-ANESTÉSICO:			

HORA: <u>19:40</u> <u>20:40</u> <u>21:40</u> <u>22:40</u>	ANOTAÇÕES																										
<table border="1"> <tr> <td>O₂</td> <td></td> </tr> <tr> <td>N₂O</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gases</td> <td></td> </tr> <tr> <td>200</td> <td></td> </tr> <tr> <td>180</td> <td></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td></td> </tr> <tr> <td>140</td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> </tr> </table>	O ₂		N ₂ O		Gases		200		180		160		140		120		100		80		60		40		20		
O ₂																											
N ₂ O																											
Gases																											
200																											
180																											
160																											
140																											
120																											
100																											
80																											
60																											
40																											
20																											

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂			
<u>NaOH</u>	<u>0.2%</u>	<u>40 cc</u>	Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda		Intubação	
<u>K₂CO₃</u>	<u>1%</u>	<u>10 cc</u>				
			Posição <u>Ant</u>	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.
			Pos. Pós <u>Ant</u>	Pos. Pós <u>Ant</u>	Aparelho <u>Sigilite</u>	Cond. Final
			Resultado	Reflexo		
			Duração da Op.	Duração da Anest.		
			Monitorização <u>ECG toxicológico + lab</u>			
			Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	GOR
					CIRC	RESP
						S.F

HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PACIENTE <i>Selma da Silva</i>	REGISTRO <i>5387</i>	DATA <i>04.04.15</i>
CONVÊNIO <i>Particular</i>	PROCEDIMENTO <i>Troca de Fritula MSF</i>	
CHIRURGIÃO <i>DR. Paulo</i>	ANESTESISTA <i>Dr. Thiago</i>	
1º AUXILIAR	2º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR <i>Mano</i>	INÍCIO <i>18:35</i>	TÉRMINO <i>20:30</i>
ANESTESIA <i>Fluorano</i>	CIRCULANTE <i>Solek</i>	

Medicamento	Quant.
Ácido Tranexâmico sol. inj. 250mg/5ml	
Água destilada sol. inj. 1000ml	
Água destilada sol. inj. 10ml	
Alfentanila sol. inj. 0.54mg/ml - amp 5ml	
Atropina sol. inj. 0.75mg/ml - amp 2ml	
Bupivacaína - Glirone sol. inj. 0.5% - amp 4ml	
Bupivacaína isobárica sol. inj. 0.5% - amp 4ml	
Cefaleptina sol. inj. 1g - fr/amp	
Cefazolina sol. inj. 1g - fr/amp	
Cetorfanato sol. inj. IM 50mg/ml - amp 2ml	
Cetorfanato sol. inj. IV 100mg - fr/amp	
Cetorolaco sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml	
Clozapril sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml	
Clonidina sol. inj. 150mcg/ml - amp 2ml	
Clorato de sódio sol. inj. 0.9% - fr 300ml	
Clorato de sódio sol. inj. 0.9% - fr 250ml	
Clorato de sódio sol. inj. 0.9% - fr 500ml	
Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2.5ml	
Dextropropetamina sol. inj. 50mg/ml - TAXA	
Diazepam sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml	
Diclofenaco sol. inj. 25mg/ml - amp 3ml	
Enoxaprina sol. inj. 40mg - seringa 0.4ml	
Epinefrina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Etillefina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Etomidato sol. inj. 2mg - amp 10ml	
Fentanil sol. inj. 0.05mg/ml - TAXA	
Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml	
Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml	
Heparina sol. inj. 5.000UI - TAXA	
Hidrocortisona sol. inj. 100mg - fr/amp	
Hidrocortisona sol. inj. 50mg - fr/amp	
Hidralazina - D-pirone sol. inj. - amp 5ml	
Levobupivacaína sol. inj. 0.5% C/V - TAXA	
Lidocaina sol. inj. 0.5% 5/V - TAXA	
Lidocaina sol. inj. 2% C/V - Fr/Amp - TAXA	
Lidocaina sol. inj. 2% 5/V - Fr/Amp - TAXA	
Mefenomidazol sol. inj. 5mg/ml - bala 100ml	
Midazolam sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml	
Morfina sol. inj. 0.2mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Nalbufina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Naloxona sol. inj. 0.4mg/ml - amp 1ml	
Nesacetamina sol. inj. 0.5mg/ml - amp 1ml	
Omeprazol sol. inj. 40mg - fr/amp	
Ondansetrone sol. inj. 4mg - amp 2ml	
Ondansetrone sol. inj. 8mg - amp 2ml	
Opioides sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml	
Premestina sol. inj. 50mg - amp 2ml	
Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 20ml	
Ranitidina sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml	
Remifentanila sol. inj. 2mg - fr/amp	
Ringer cálcio Lactato sol. inj. - fr 500ml	
Rocuronio sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 8ml	
Ropivacaína sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 20ml	
Sevoflurano sol. inalatório 1mg/ml - TAXA	
Sufentanila sol. inj. 5mcg/ml - amp 2ml	
Suxametônio sol. inj. 100mg - fr/amp	
Tendexan sol. inj. 20mg - fr/amp	
Tenexan sol. inj. 40mg - fr/amp	

Materiais Médicos Hospitalar	Quant
Agulha descartável nº3	
Agulha Gengivai	
Agulha para Soroal	1
Agulha Peridural nº 18	
Algodão bola	1
Atadura de Crepe nº	1
Atadura gessada nº	
Cateter para Oxigênio	
Cateter para vacupunção nº	1
Cera para Oso	
Coletor Sistema Aberto	
Coletor Sistema Fechado	
Compressa na gaze 7,5 x 7,5	1
DRRS	
Eletrodo	
Equipa macra com injeter	1
Equipo para hemoderivados	
Escova para degermação	1
Espandrago	
Luva esteril nº	1
Máscara descartável	1
Microporta	
Palito	
Saparilha descartável	1
Seringa nº6	
Seringa 10ml	
Seringa 1ml	
Seringa 20ml	1
Seringa 3ml	
Seringa 5ml	
Seringa 60ml	
Seringa Perda de Resistência	
Sonda de Foley 02 vias nº	
Sonda de Foley 03 vias nº	
Sonda endotracheal nº	
Sonda nasogástrica curta nº	
Sonda nasogástrica longa nº	
Sonda uretral nº	
Stimulus	
Tornete de 03 vias	
Touca descartável	1
Tubo de silicone	
UFEIX 19UP	1
COMPRESSA	1
Guinda 24	1
Plano fixo	1
Termina nº 7,5	1
Termina nº 7,5	1
algodão entapudado	21

Fios de Sutura	Quant
Algodão 2/0 agulha n°	
Algodão 3/0 agulha	
Caprolil n°	
Catgut Cromado n°	
Catgut Simples n°	
Etilal n°	
Fio de Aço n°	
Kit Cateter	
Mastur n°	
Nylon n° 3-0	1
PDS n°	
Prilene n°	
Seda n°	
Vicryl n°	
Fio de cerclagem n°	
Fio de Wirscher n° 3-0	2

OPME	Quant
Lies Cio	
Fels de Polimerizats	
Impulsa	1000

[illegible]

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TERMINO
Taxa de aparelho de anestesia		
Taxa de Aspirador		
Taxa de Sítio Elétrico		
Taxa de Microscópio		

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INICIO	TERMINO
Taxa de Captação		
Taxa de Intensificador	RX	70 Kilon
GAZES	INICIO	TERMINO



Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Prontuário: 423/19

Registro: 5387

Sexo: Masculino

Idade: 54a 3m 24d

Localização: 4ANDA, APT405, 405

Clinica: Cirúrgica

Médico: Germana Milena da Silva

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 04/04/2019 às 14:53

Alta:

Evoluções do paciente

1

05/04/2019 às 07:28:34 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-1025065 ANITA KAROLINE SILVA VANDERLEI DO NASCIMENTO

1 - Evolução

1.1 - Descrição

RECEBO PACIENTE EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, COM AVP FUNCIONANTE EM MSE PARA VÍNCULO DE MEDICAÇÃO + HDT, COM CURATIVO OCLUSIVO EM F.O EM MMSS, ACEITA DIETA PRESCRITA POR V.O, DIURESE ESPONTÂNEA, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

05/04/2019 às 09:40:41 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-937842 GERMANA MILENA DA SILVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

RECEBO PLANTÃO COM PACIENTE EM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SSVV NORMAIS. REALIZADO CURATIVO OCLUSIVO EM F.O LIMPA E SECA SEM PRESENÇA DE SINAIS FLUOGÍSTICOS.

USADO:

02 ATADURAS 10CM

01 LUVA 6,5

02 PACT DE GAZE

20CM DE MICROPORE

10ML DE ALCOOL

PACIENTE LIBERADO SEM QUEIXAS.

05/04/2019 às 09:41:11 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-937842 GERMANA MILENA DA SILVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

PACIENTE OBTVEU ALTA HOSPITALAR.
RETIRADO AVP.

COREN: PE-937842 GERMANA MILENA DA SILVA



GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Prontuário: 423/19

Registro: 5387

Sexo: Masculino

Idade: 54a 3m 23d

Localização: 4ANDA, APT405, 405

Clínica: Cirúrgica

Médico: ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 04/04/2019 às 14:53

Alta:

Evoluções do paciente

1

04/04/2019 às 22:54:19 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-733483 CICERO ROMAO DE MACEDO

1 - Evolução

1.1 - Descrição

as 21:00hrs recebo cliente vindo da srpa em poi de (punho + tendão) em egr eupnêico, corado, orientado, afebril, hidratado, c/ dieta livre por vo, sem avp, com curativo em fo, segue no leito e aos cuidados da enfermagem.

04/04/2019 às 23:39:16 - Sinais Vitais

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

1 - Formulário SSVV

1.1 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Sat.O2
00:00	130X80	94	36	99

1.2 - Drenagens

1.2.1 - Outros Drenos

Qual:

1.2.2 - Diurese

(X) Espontânea

() SVA

05/04/2019 às 06:06:40 - Sinais Vitais

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

1 - Formulário SSVV

1.1 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Sat.O2
06:00	130X80	96	36,8	96

1.2 - Drenagens

1.2.1 - Diurese

(X) Espontânea

() SVA

05/04/2019 às 06:07:07 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

REPASSO PLANTÃO COM PACIENTE MANTENDO-SE ESTÁVEL, COM SSVV DENTRO DOS PADRÕES DA NORMALIDADE, COM AVP FUNCIONANTE EM MSE PARA VÍNCULO DE MEDICAÇÃO + HDT, CONCILIA SONO NOTURNO, COM CURATIVO OCLUSIVO EM F.O EM MMSS, ACEITA DIETA PRESCRITA POR V.O, DIURESE ESPONTÂNEA, REALIZADO CUIDADOS DE ROTINA E MEDICADO CPM, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Anderson F. da S. Moura
COREN-1178237

COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA



GRUPO SAO GABRIEL LTDA

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Prontuário: 423/19

Registro: 5387

Sexo: Masculino

Idade: 54a 3m 24d

Localização: 4ANDA, APT405, 405

Clinica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafaela de Andrade Santos

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 04/04/2019 às 14:53

Alta:

Evoluções do paciente

1

05/04/2019 às 01:30:32 - SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA A ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

1 - EXAME FÍSICO

2 - Eliminações fisiológicas

3 - Integridades da pele

3.1 - Estado Geral: Regular

3.2 - Nível de Consciência

Consciente

Orientado

Calm

3.3 - Hidratação: Hidratado

3.4 - Sono e repouso: Preservado

3.5 - Higiene Corporal: Adequada

3.6 - Higiene Bucal: Adequada

3.7 - Alimentação

Via Oral

Tipo:

3.8 - Deambulação: Independente

3.9 - Regulação Térmica: Afebril

3.10 - Oxigenação

Eufônico

3.11 - Regulação Vascular: Normotensão

3.12 - Pulso: Cheio

3.13 - Regulação Abdominal

Globoso

Indolor

3.14 - Hábito Urinário

Espontânea

3.15 - Ferida Operatória

Sim

Local: ANTEBRAÇO ESQUERDO E MÃO DIREITA

3.16 - Dreno

Não

4 - Diagnóstico de Enfermagem

Risco para Infecção

Risco para sangramento

5 - Condutas de Enfermagem

Lavagem das mãos antes e após os procedimentos, utilizar EPI'S e técnicas assépticas.

Manter vias aéreas permeáveis, monitorar FR, observar sinais de esforço respiratório.

Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo.

Avaliar o processo de cicatrização da ferida operatória.

Avaliar locais de inserção de cateteres quanto a presença de sinais flogísticos.

Orientar quanto a deambulação precoce.

Encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros.

Explicar ao paciente a rotina do hospital e os procedimentos a serem realizados.

Oferecer informação sobre os cuidados no pré e no pós-operatório.

Oferecer apoio e minimizar a ansiedade.

Administrar medicação conforme prescrição médica.

Oferecer conforto ao paciente.

Orientar quanto a importância de manter uma boa higienização para diminuir os riscos de infecção.

6 - Evolução Enfermagem

6.1 - Descrição



Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Prontuário: 423/19

Registro: 5387

Sexo: Masculino

Idade: 54a 3m 23d

Localização: 4ANDA, APT405, 405

Clinica: Cirúrgica

Médico: Juliete Bezerra Da Silva

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.

Entrada: 04/04/2019 às 14:53

Alta:

Evoluções do paciente

1

04/04/2019 às 16:06:38 - ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-796037 JULIETE BEZERRA DA SILVA

1 - Admissão de Enfermagem (Cirúrgica)

1.1 - Evolução

Paciente admitido neste setor hospitalar para realizar procedimento cirúrgico em mms, CIEGR, consciente, orientado, hidratado, normocorado, acianótico, anictérico, deambulando dieta oral zero(SIC), anexado ao prontuário exames laboratoriais\ exames de imagem \ parecer cardiológico \ nega dm , hsa e alergias . RELATA SER CARDIACO , JÁ FEZ CATI . sem mais queixas, orientado quanto ao preparo do pré-operatório, aguardando encaminhamento para o bloco cirúrgico.

1.2 - Sinais Vitais

Hora	Temp.(°)	Pulso	Resp.	PA
16.00	36	75	97	130x80

04/04/2019 às 17:17:29 - EVOLUCAO P/ ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRURGICO

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-796037 JULIETE BEZERRA DA SILVA

1 - Evolução P/ Encaminhamento ao Bloco Cirúrgico

1.1 - Descrição:

Paciente encaminhado para o bloco cirúrgico, sem intercorrências.

Juliete Bezerra Da Silva
Téc. Enfermagem
COREN: PE-796037

COREN: PE-796037 JULIETE BEZERRA DA SILVA



Nome: **SEBASTIAO JOSE DA SILVA**
Prontuário: 42319 Registro: 5367
Sexo: Masculino Data nasc: 12/12/1964 Idade: 54a 3m 23d
Localização: 4ANDA, APT405, Internado há:
Clínica: Cirúrgica

Médico: **PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE**
Convênio: PARTICULAR HSG
CID: - NAO INFORMADO
Peso: Altura:

Observação Prescrição

do item prescrito

Cidade/daes Unid. presc. Velocidade Infusão Via de acesso Frequencia Horários

EQUIPO MACRO GOTAS COM INJETOR LATERAL - UNID 1 UNID

AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID 1 UNID

ANTIDINA SOL INJ 25MG/ML - AMP 2ML 1 AMP

AGUA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML 1 AMP

SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA - UNID 1 UNID

AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID 1 UNID

IRATIVO DIARIO

IV + CCGG

ETALVIRE

MA ORAL

ACM

ACM

Retina
Retina

la: 04/04/2019 08:00:00
te: 05/04/2019 07:59:00

Dr. Pablo T. Cavalcanti de Albuquerque
Otorrinolaringologista
CRM 15172

CARUARU 4 de Abril de 2019

Assinatura do Médico

PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
CRM-PE-15172

Enfermeiro(a) ou Técnico responsável/ Carimbo

o em: 4 de Abril de 2019 às 22:22

SGH - Sistema de Gerenciamento Hospitalar



PITAL MEMÓRIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

- Prescrição médica no ...

Registro: 11111111

Nome: **SEBASTIAO JOSE DA SILVA**
Prontuário: 42318 Registro: 5387
Sexo: Masculino Data nasc.: 12/12/1964 Idade: 54a 3m 23d
Localização: 4AANDA, AP1405, Internado há:
Clínica: Cirúrgica

Médico: **PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE**
Convênio: PARTICULAR HSG
CID: - NAO INFORMADO
Peso: Altura:

Observação Prescrição

do item prescrito

TA BRANDA HIPOSSODICA

CRETO DE SODIO SOL INJ 0.9% - FR 500ML

FALOTINA SOL INJ 1G - FR/AMP

AGUA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML

SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA - UNID

AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID

IRONA SOL INJ 500MG/ML - AMP 2ML

AGUA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML

SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA - UNID

AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID

NODICAM SOL INJ 40MG - FR/AMP

AGUA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML

SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA - UNID

AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID

AMADOL SOL INJ 100MG - AMP 2ML

CLORETO DE SODIO SOL INJ 0.9% - FR 100ML

SERINGA DESCARTAVEL 3ML SEM AGULHA - UNID

a: 04/04/2019 08:00:00
e: 05/04/2019 07:59:00

CARUARU 4 de Abril de 2019.

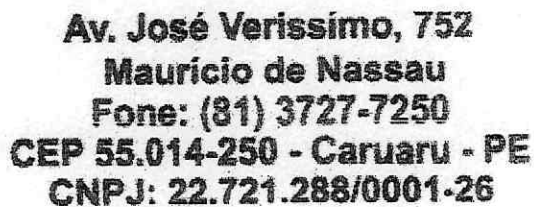
PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

CRM-PE-15172

em: 4 de Abril de 2019 às 22:22

Entendi(o) ou Técnico responsável/ Carimbo

SGH - Sistema de Gerenciamento Hospitalar



Registro N°

Acto. N°

HORA

EVOLUÇÃO CLÍNICA
(cada evolução deve ser assinada)

Todo evoluciona e deve ser assinado

05/04/19

EVOLUÇÃO CLÍNICA
(cada evolução deve ser assinada)

Foto de Luit. B. ...
to S. ...
Dr. ...

~~SECRET~~

Nº Registro 5387

Data Internamento: 04/04/2019 14:53:00

Paciente: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Bloco: 4º

Enf/Apt: APART Leito: 405

Convênio: PARTICULAR HSG

Carteira:

Médico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE

Data Evento: 05/04/2019 08:24:48

EVOLUCAO NUTRICAO

1 - Evolução

1.1 - Descrição

DIETA V.O, BRANDA, NORMOCALÓRICA, NORMOPROTEICA, NORMOLIPÍDICA, NORMOGLICÍDICA, RICA EM MICRONUTRIENTES, FRACIONADA EM 06 REFEIÇÕES/DIA. VET: 2.000KCAL/DIA. PGT NÃO APRESENTA ALERGIAS OU INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES.

Tatiana S. Oliveira Ferreira Nunes
Nutricionista
CRN-PE-14911

TATIANA DA SILVA OLIVEIRA FERREIRA NUNES

05/04/2019 08:24:48

CRN-PE-14911



BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: SEBASTIAO JOSE DA SILVA				SEXO: Masculino	NASCIMENTO: 12/12/1964	IDADE: 54 anos, 3 meses e 23 dias
NOME DA MAE: SEBASTIANA MARIA DE LIMA		NOME DO PAI: JOSE JOAQUIM DE LIMA		IDENTIDADE: 10148742	CPF: 633.036.714-00	TELEFONE: 81993059040
ENDERECO: SITIO RAMADA	NP: 0	BAIRRO: ZONA RUAL	CIDADE: RIACHO DAS ALMAS	UF: PE	CEP: 55120000	CELULAR: 0
CONVENIO: 31 PARTICULAR	MATRICULA:	VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1899	SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG		
CRM/MEDICO: 015172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE		ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: SIDRAILMASANTOS		
BLOCO: 4º ANDAR	ACOMODACAO: APARTAMENTO	LEITO: 405	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: RIACHO DAS ALMAS	PROFISSÃO:	

Queixa Principal:

História Clínica:

V. que a mulher se queixa

Exames:

R.

HD:

Faculdade de Medicina (Faleceu de Sepsis)

Condição: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito

Data Alta: ___/___/___ Hora: ___:___

Médico Responsável: _____

Sidraílas F. S. dos Santos
Paciente ou Responsável

Amor
SIDRAILMASANTOS

SEBASTIÃO
Data de aquisição: 05/04/2019
Data de nascimento: 20/06/24
ID de identificação: PAT000706

Data de aquisição: 05/04/2019
Data de aquisição: 20/06/24
Índice de exp.: 2412

SEBASTIÃO
Sexo:
Data de nascimento:
ID de identificação: PAT000706

Data de aquisição: 05/04/2019
Data de aquisição: 20/07/59
Índice de exp.: 2208

4cm

4cm

ESQ

ANTERRAÇO
Data de aquisição: 05/04/2019
Data de nascimento: 20/06/24
ID de identificação: PAT000706

ROSE MEMORIAL

SEBASTIÃO
Data de aquisição: 05/04/2019
Data de nascimento: 20/06/24
ID de identificação: PAT000706

SÃO GABRIEL

ANTERRAÇO
LATERAL
Data de aquisição: 05/04/2019
Data de nascimento: 20/07/59
ID de identificação: PAT000706

ROSE MEMORIAL

SEBASTIAO JOSE DA SILVA, PAR
Sex: Masc
Data de nascimento: 12/12/1964
ID: 102274

Hora de aquis.: 14:39:47
Índice de exp.: 2578

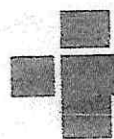
Sex: Masc
Data de nascimento: 12/12/1964
ID: 102274

Hora de aquis.: 14:41:30
Índice de exp.: 2305

Esq.

8cm

8cm



Unidade Mista João Soares da Fonseca
Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

Libertad José da Silva
54 anos

Paciente interna de acidente de
trânsito apresentando fratura cominada
esquerda, fratura, fratura, fratura
fratura fechada braço esquerdo

Paciente neurosurteia

Liberto: 5646523

Resposta: NR

Dr. Kelly Lima da Silva
Clínica Médica
CRM-PE 22074
22/3/19

Registro: 102284

Paciente: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Atendimento: Externo

Sector: UNIDADE III - SGD HOSPITAL

Digitado por: LAYSASOUSA

Prontuário: 42319

Sexo: M

Médico Solic.: PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Data e Hora de Emissão: 28/03/2019 às 15:06

Data Emissão: 28/03/2019 15:06

Nascto.: 12/12/1964 54 Ano(s)

Convênio: PARTICULAR - SGD

ULTRASSONOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Pele e revestimento subcutâneo preservados.

Planos musculares íntegros.

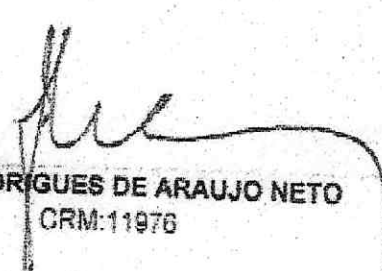
Tendão extensor do 4º compartimento apresentando descontinuidade de suas fibras, ao nível da falange proximal.

Ausência de formações nodulares sólidas ou císticas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

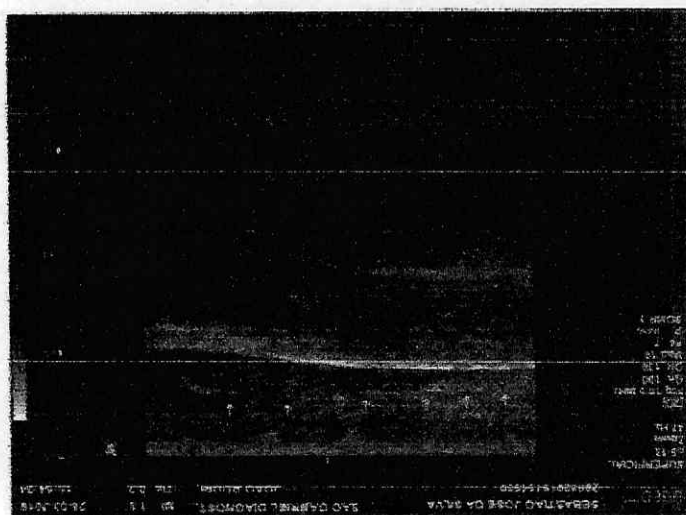
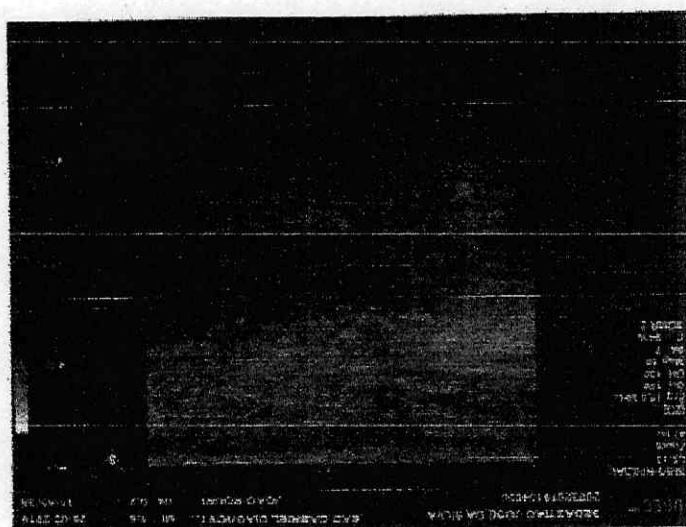
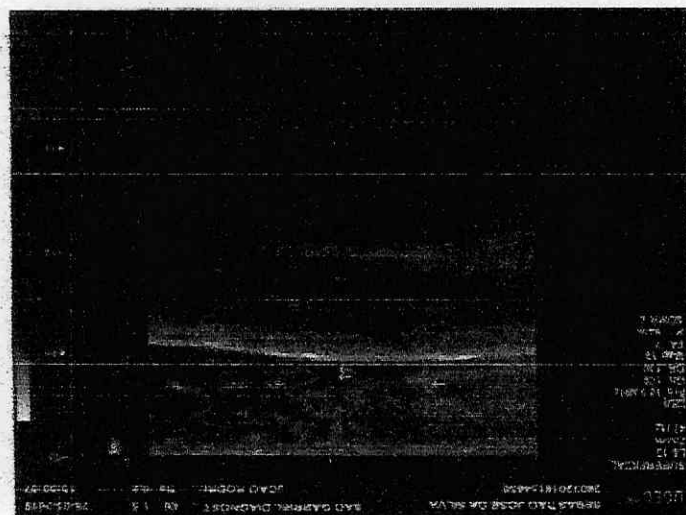
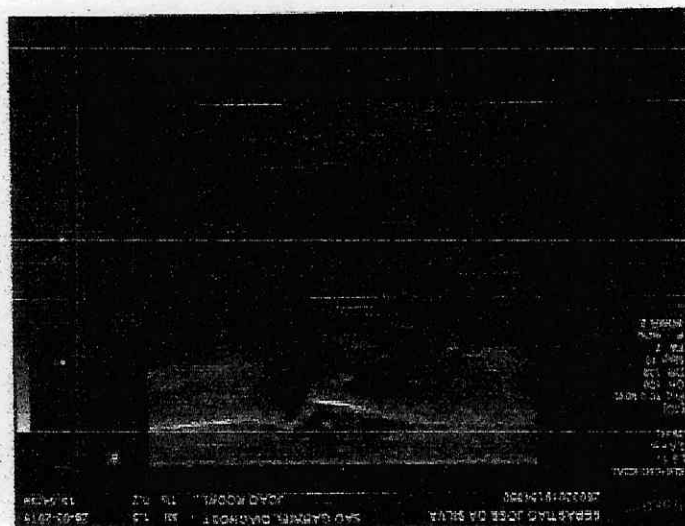
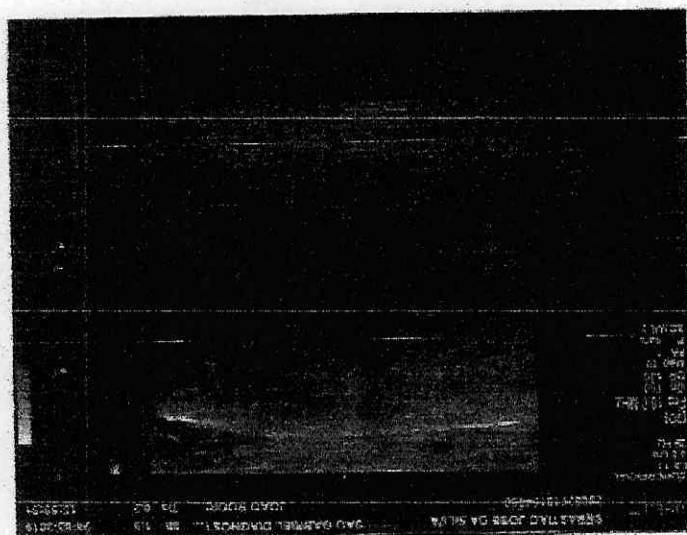
Tendão extensor do 4º compartimento apresentando descontinuidade de suas fibras, ao nível da falange proximal.

Obs.: Estamos realizando exames de tomografia computadorizada multislice de 16 canais, em todas as áreas de radiologia.


JOAO RODRIGUES DE ARAUJO NETO
CRM:11976

SÃO GABRIEL DIAGNÓSTICOS
Rua Saldanha Maranhão, 383
Maurício de Nassau
CEP 55012-740 Caruaru PE
Tel (81) 3721-7997 / 3721-8706

HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
Av. José Veríssimo, 752
Maurício de Nassau
CEP 55014-320 Caruaru PE
Tel (81) 3719-0950



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-5

PO. ESQU. DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.148.742 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/04/2015

NOME << SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ JOAQUIM DA SILVA >>
<< SEBASTIANA MARIA DE LIMA >>

NATURALIDADE BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO 12/12/1964

DOC. ORIGEM << 1488170155 2014 2 00004 279 0001475 29 RIACHO DAS ALMAS-PE >>

CPS 633.036.714-00

Ana Patrícia C.G. Alcoforado
Delegada de Polícia

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

101502407/270805313.6313009

EXCELSIOR SEGUROS
09 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 7801456 SD8 PE

CPT
 074.350.264-76

DATA NASCIMENTO
 30/07/1988

FILIAÇÃO
 MARCELO CAMILO DA SILVA
 LINDALVA CARLINDA DE
 OLIVEIRA SILVA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT HAB
 2

Nº REGISTRO
 06186265046

VALIDADE
 11/04/2019

1ª HABILITAÇÃO
 16/09/2014

OBSERVAÇÕES
 sem observações

Assinatura de Liziane Silva

Assinatura do Portador

DATA EMISSÃO
 13/10/2015

LOCAL
 VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Assinatura do Emissor

56465909970
 PE069270171

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1107453261

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1107453261

EXCELSIOR SEGUROS
 09 MAIO 2019
 SEGURO DPVAT

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

PE Nº 013815047594 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEBASTIAO JOSE DA SILVA

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

RIACHO DAS ALMAS-PE 2017 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 19/01/18

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

638.036.714-00

PCW4113

RENAVAM

MARCA / MODELO

1141151020

HONDA/CG 160 FAN

ANO FAB

CAT TARIF

Nº CHASSI

2017

09

9C2KC2200JR008805

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DET-2017

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Silvestre José da Silva
DATA DO ACIDENTE 22.03.19 CPF DA VITIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADORTANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/05/19
IDENTIDADE Crislaine
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 09/05/19
NOME J.
ASSINATURA _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado
Profissão: Pedreiro
Identidade: 10.148.742-5051PE CPF: 633.036.714-00
Endereço: Rua Lagoa da Embora, 590, Z. Rural de Riacho das Almas/PE.

PROCURADOR:

Nome: LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Autônoma
Identidade: 7801456-5051PE CPF: 074.350.264-76
Endereço: Rua Dr. José Rufino Bezerra, 397-B, Cajó, Vitória de Santo Antão/PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA

Data do acidente: 22 / MAR / 2019

Cobertura: INVALIDEZ PERMANENTE

Riacho das Almas, em 24/04/19

Local e data

Sebastião José da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

Serventia Registral e Notarial de Riacho das Almas
JOYCE DE VASCONCELOS FROTA ALVES - TABELIÃO - CNPJ: 33.189.582/0001-55
RUA DOUTOR MANOEL BORDA, CENTRO - Nº 152, RIACHO DAS ALMAS - PE, TEL. (81) 99713-3910

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA, EM TEST. 25014 DA VERDADE. DOU FÉ. RIACHO DAS ALMAS, 24/04/2019 11:00:59
SELO 0075069.TL104201905.00278 CONSULTE A AUTENTICIDADE EM www.tjpe.jus.br/selodigital

FRANCIELLY PEREIRA DE BARROS SOUZA - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol. R\$ 3,59 T.J. R\$ 0,40 TSNR: R\$ 0,80 Selo: R\$ 0,00 Total: R\$ 4,79

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156728/19

Vítima: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

CPF: 633.036.714-00

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 22/03/2019

Titular do CPF: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA : 074.350.264-76

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

SEBASTIAO JOSE DA SILVA : 633.036.714-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/05/2019
Nome: LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 074.350.264-76

LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/05/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

SIMONE BARBOSA CORREIA