



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX -
DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0190000011**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/01/2018** às **14:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/12/2017** às **14:43**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 1, POR TRÁS DO CEMITÉRIO - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MACICLEIDE DE MELO SILVA (OUTRO)
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

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

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VERA LUCIA DOS SANTOS Pai: MANOEL PAULO DOS SANTOS Data de Nascimento: 18/5/1994 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Residencial: **AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 220, BAIRRO NOVO - CEP: - Bairro: - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MACICLEIDE DE MELO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MACICLEIDE DE MELO SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PES2800** (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SÃO FELIX) Chassi: **9C2JC4110CR402272**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**



Complemento / Observação

A VITIMA PROCUROU ESTA DEPOL PARA NOTICIAR QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTO, EMBRIAGADO CONFORME CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA DO SAMU E DO HOSPITAL, QUANDO COLIDIU EM UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR AO CHÃO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU/CAMOCIM DE SÃO FELIX QUE ENCAMINHOU A VITIMA PARA A UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO/CAMOCIM DE SÃO FELIX, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº 44401, ONDE TEVE O PRONTO ATENDIMENTO, SEM MAIS, FEZ CIENTE ESTA DEPOL.

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

Antonio Marcos dos Santos

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE LEONARDO BORBA DE LIMA** - Matrícula: **221711-2**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antônio Marcos dos Santos

CPF da Vítima

119555.394-30

Data do Acidente

24/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antônio Marcos dos Santos

CPF do Representante legal

119555.394-30

Email

Telefone (DDD)

9668-4814/9258-2087

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Camocim de São Félix, 01 de fevereiro de

Local e Data

Antônio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

55.555.334.30

Nome completo da vítima

Antônio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antônio Marcos dos Santos		CPF titular da conta 55.555.334.30	Profissão pedreiro - se
Endereço Rua: Afro Alves de Oliveira		Número 220	Complemento
Bairro Centro	Cidade Camecin	Estado PE	CEP 55665-000
Email		Telefone (DDD) 81-00668-4824	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 1038 (Informar dígito se existir)		D/V CONTA NRO. 38664 (Informar dígito se existir)		D/V BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		D/V (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Camecin - PE 13 de 07 de 18

Local e Data

Antônio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 COMPREV UNIC - CONDIÇÃO SIA 17 JUL 2018 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180420073**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

av afro alves de oliveira, 220 - centro - Camocim de São Félix - PE - CEP 55665-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Sds /PE**] **8567204**

Data e local do acidente: [**24/12/2017**] **Camocim de São Félix**

Data e local do exame: [**19/10/2018**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Extenso ferimento corto contuso em ombro esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima se queixa de dor em ombro esquerdo. Ao exame, vítima sem sequelas.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico com sutura da lesão. Recebeu alta definitiva.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

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

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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


Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andrea R. Madeira
CRM - 19953

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180420073 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Extenso ferimento corto contuso em ombro esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima se queixa de dor em ombro esquerdo. Ao exame, vítima sem sequelas.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com sutura da lesão. Recebeu alta definitiva.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 19/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013128614040

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 375496777 2017

NACIEMIDE DE MELO SILVA

CANOCIM DE SAO FELIX-PE

011.100.724-06

PR52800

992204110CB402272

RAS /MOTOCICLETA

CASOLINA

BOMBA/CG 125 FAN KS

2011 2012

2P/124CL

PARTEC

PRETA

IPVA 2017 QUITADO

1º 2º 3º

V 1

SEGURO PAGO

OBIGATORIO

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE DEPÓSITO OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CANOCIM

14/02/17

Antônio Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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 013128614040 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NACIEMIDE DE MELO SILVA

AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA 192 55665-000

CASA CENTRO CANOCIM DE SAO FELIX-PE

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

2017 14/02/17

PR52800

011.100.724-06

BOMBA/CG 125 FAN KS

375496777

992204110CB402272

2011

09

PR52800

992204110CB402272

SEGURO PAGO

OBIGATORIO

COTA ÚNICA

PR52800

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.328.000/0001-00

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É O SEU BILHETE OBRIGATORIO

013128614040
RECIBO PE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

COMPREV VIDA E DE REVIDÊNCIA S/A

09 ABR 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PR52800

COD RENAVAM
375496777



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Data Nascimento: 18/05/1994 Idade: 23 Anos, 7 Meses e 7 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01064883

Prontuário: 00433740

Senha N.º: **0066**

Data e Hora: 25/12/2017 12:49h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO ONTEM, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO, COM DOR EM MSE, MIE, E FACE, REFERE VÔMITOS

Alergia:

Observação:

DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC: SUS

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 98 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 82 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca:

QPD / HDA:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO ONTEM APRESENTANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO COM DOR EM MSE, MIE E FACE. REFERE VÔMITOS ONTEM.

Exame Físico:

ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. ACV: RCR 2T BNF S/S. AR: MV+ EM AHT S/RA. ABDOME: FLACIDO, INDOLOR, RHA(+). EXT: SEM EDEMAS, PULSOS(+) SIMÉTRICOS. SN: GLASGOW 15, SEM DÉFICIT FOCAL, PUPILAS ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTES.

Exames complementares:

HD:

ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Conduta:

SINTOMÁTICOS

Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): **ALEX RICART ANDRADE DE OLIVEIRA**
CRM - 25808

Av. José Marques Fontes, S/N

Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº: 64101
DATA: 24/12/17
HORÁRIO: 15 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
Nome do paciente: Antonio Marcos dos Santos
Genitora: Vera Lucia dos Santos
Data nasc. 18/05/194 Idade: 23 a Sexo: ☒ MASC. () FEM. Cor: _____
Endereço: R. Ciro Gomes da Oliveira nº: 220
Bairro: B. Nova Ponto de referência: _____
Nome do acompanhante: _____ () Filho () Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____

TIPO DE OCORRÊNCIA: () ACIDENTE DE TRÂNSITO () AGRESSÃO () OUTROS
() ACIDENTE DE TRABALHO () SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: () ANDANDO () AMBULÂNCIA () AUTOMÓVEL () OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. 130 MIN. 80 PESO: HGT-92 TEMP: 36.2

QUEIXA PRINCIPAL: Pulso 75, FR. 20, Glor. 15. Pt. alcoolizado vítima de acidente de moto (motorista sem colisão em acidente de trânsito). Diz que está usando aparelho mas apresenta amarelação frontal

EXAME FÍSICO: sem paroxia, paralisia, perda de sensibilidade. Sem sinais de fratura.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Intoxicação Alcolica / Acidente de moto. CID:

EXAMES SOLICITADOS: _____

TRATAMENTO PROPOSTO:

- CD: ① SG 5% 500ml + Olamp complexo B. (CORRER RÁPIDO)
② Dipirona Olamp + 10ml AD EV
③ Peclil Olamp IH.

ALTA

④ Celeprofeno Olamp IH

após as indicações.

matlogfite

Nathalia Farias de Brito
MÉDICA
CREMEPE 25574

24 DEZ. 2017

DESTINO DO PACIENTE:

- () OBSERVAÇÃO CLÍNICA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA
() TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
() INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA: _____ HORA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO



15:40h
Dr. Juliano Oliveira
Enfermeiro
CRL 47131/RS

Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia

União Médico
Paciente ANTONIO MANOEL DOS SANTOS, natural
de araruama de uoatubã em 24/12/2017 segun-
do B.O de Nº 18E0190000011

Após extenso fraturado no osso cox-
fritado com lesões + desbrida + su-
tura + curativos

O mesmo inclui com lesões:
- Deformidade avulsiva (GCMZ no
osso cox.)

- limitação do movimento ativo de
rotação do osso

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8684
CPF: 172.872.334-04
Alto Substancial Espetral
03/09/18

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 SET 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-5

Antonio Marcos dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.567.204 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/12/2012

NOME << ANTONIO MARCOS DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO << MANOEL PAULO DOS SANTOS >>
<< VERA LUCIA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO 18/05/1994

DOC ORIGEM << CN.14134 L.12-A F.207 CART. CAMOCIM DE SÃO FÉLIX-PE 20.08.1994 >>

CPF 119.555.394-30

Antônio Marcos dos Santos
Assinatura do Titular

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
119.555.394-30

Nome
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

Nascimento
18/05/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

09 ABR 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Comprev

Invalida

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Marcos dos Santos,

RG nº 8.567.204, data de expedição 08/12/12, Órgão SDS

CPF nº 119.555.394-30 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av Afonso Alves de Oliveira</u>
Número	<u>220.</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Camecim de São Felix</u>
Estado	<u>PE.</u>
CEP	<u>55665-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9. 2668-4819.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Camecim de São Felix 19/09/2018

Assinatura do Declarante: Antonio Marcos dos Santos





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2018085279232

Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CLIENTE: ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

AV APRO ALVES DE OLIVEIRA, N. 00220 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000

INSCRIÇÃO: 035.820.105.0005.165

GRUPO: 6

00527923.2 08/2018-3

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00527923.2

ARMEDADO ÁGUA	ARMEDADO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE PONTOS DE CONSUMO	RESIDENCIAL	PONTOS
LIGADO	POTENCIAL		COMENTÁRIOS		
ARMEDADO: A12U136071	DATA: 31/07/2018	DATA: 30/08/2018			
ÁGUA					
LEIT. ANT.: 636	CONSUMO: 3	LEIT. ANT.:		VOLUME: 0	
LEIT. ATUAL: 646	RECORRENCIA TAXA MINIMA	LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 646	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
07/2018 1/			MS 2.914/11		
06/2018 0/		TURBIDEZ	23	29	29
05/2018 0/		COR APARENTE	23	29	21
04/2018 5/		COLOR RESIDUAL	23	29	29
03/2018 5/		COLIFORMES TOTAIS	23	29	29
02/2018 5/		E. Coli	23	29	29
MÉDIA 2/ 0		OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2018

DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 08/2018

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

3 M3

41,30

0,87

2,50



PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	2,14

ENTRADA: 15/09/2018

TOTAL A PAGAR: 44,67

PREZADO CLIENTE, COMUNICAMOS QUE O SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA ENCONTRA-SE EM OPERAÇÃO NESSE ENDEREÇO E SERÁ COBRADA TARIFA PELO SERVIÇO CONFORME CATEGORIA DO IMÓVEL.

Entido por: INTERIET

Entido em: 19/09/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 00527923.2 08/2018-3

ENTRADA: 15/09/2018

TOTAL A PAGAR: 44,67

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82800000000-1 44670018035-8 00527923201-3 08201830003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Marcileide de Melo Silva,
RG: 6.490.666, data de expedição 10/05/2000
Órgão SSP, portador do CPF 011.100.721-06, com
domicílio na cidade de Camocim de São Felix, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Apo Alvar de Oliveira, nº 192,
complemento Papa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antonio Marcos dos Santos,
cujo o conduto era Antonio Marcos dos Santos.
Veículo: Moto

Modelo: Honda/CG125 FAN XS

Ano: 2011

Placa: PE5 2800

Chassi: 9C2 JC4 810 CR40 2272

Data do Acidente: 24/12/2017

Local e data do cartório: Camocim 16.01/18



Assinatura do Declarante

Marcileide de Melo Silva

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE CAMOCIM DE SÃO FELIX - PE
LARIANTINE CARVALHO ALVES - TITULAR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RUA DO COMENDADOR CARVALHO, 100 - Centro - CEP 52060-000 - Camocim de São Felix/PE - Fone: (81) 3142.7000 - e-mail: carvalh@pmpa.pe.gov.br

RECEBUE, por autenticidade a(s) firma(s) de: MARCILEIDE DE MELO
SILVA selos:0075026.E4R09201701.03973

doe fe. Camocim de São Felix, 16/01/2018 10:08:20

Em testemunho da verdade

Maria Luciana Pontes da Silva

Emolumentos R\$3,99 - ISNR R\$10,80 - Total a Pagar R\$14,79 - Oper. 0,1
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

DEPARTAMENTO DO OFÍCIO ÚNICO
Sua Licença de Exercício
Totalmente em Exercício
no dia 04 de 01 de 2018 - PE
178 017.124.1100



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CNPJ: 00040-000. Fone: (081) 00000-
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compessa.com.br

Nº Documento: 2017125279232

Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

AV APRO ALVES DE OLIVEIRA, N. 00220 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000

INSCRIÇÃO: 035.820.105.0005.165

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00527923.2

RESUMO

PRODUTO DATA INÍCIO

MATRÍCULA:

00527923.2

12/2017-7

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE MONITÓRIAS	INDUSTRIAL	PÚBLICO
LIGADO	POTENCIAL		DOMESTICA		
RECONHECIMENTO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE SUBSISTÊNCIA		
ALZUL36071	29/11/2017	29/12/2017	MÉDIA HD /		
ÁGUA		ESGOTO		VOLUME: 0	
LEIT. ANT.: 605	CONSUMO: 3	LEIT. ANT.:			
LEIT. ATUAL: 615	RECORRÊNCIA TAXA MINIMA	LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 615	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO	PARÂMETROS	EXIG. PELA POST.	ANÁLISES	ATENDEN A	
		MS 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO	
11/2017 4/	TURBIDEZ	23	23	23	
10/2017 4/	COR APARENTE	23	23	16	
09/2017 5/	CLORO RESIDUAL	23	23	23	
08/2017 6/	COLIFORMES TOTAIS	23	23	21	
07/2017 0/	E.Coli	23	23	23	
06/2017 0/	OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.				
MÉDIA 3/ 0	(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL, SÃO				
	INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.				
	(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO				
	VISUAL DA ÁGUA.				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2017

DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 12/2017

CONSUMO POR FAIXA

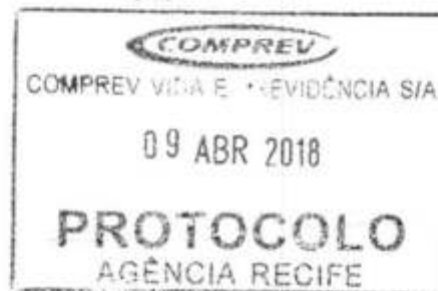
VALOR R\$

3 M3

40,18

0,86

2,50



PARÂMETRO	VALOR DE PAGAMENTO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PIS	40,18	1,65	0,66
COFINS	40,18	7,60	3,05

VENCIMENTO:

15/01/2018

TOTAL A PAGAR:

43,54

EM 31/12/2017, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO COM A COMPESA CASO JÁ O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

Emitido por: EDINILDO MIGUEL DA SILVA

Emitido em: 10/01/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

00527923.2

12/2017-7

VENCIMENTO:

15/01/2018

TOTAL A PAGAR:

43,54

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82820000000-5 43540018035-7 00527923201-3 12201770003-2



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antônio Marcos dos Santos

CPF da Vítima

119555.394-30

Data do Acidente

24/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antônio Marcos dos Santos

CPF do Representante legal

119555.394-30

Email

Telefone (DDD)

9668-4814/9258-2087

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Camocim de São Félix, 01 de fevereiro de

Local e Data

Antônio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Identificação	Médico Regulador <i>Dra. Nayana</i>			TARM		Operador de frota <i>Alon</i>	
	Data <i>24.12.17</i>	Hora <i>14:43</i>	ID <i>0130</i>	Nº ocorrência <i>01</i>	Unidade Móvel <i>US-3</i>	Base da unidade <i>Comum</i>	
	Endereço da ocorrência <i>Rua Joaquim Nabuco</i>						Nº
	Bairro <i>Coque</i>			Município <i>Camocim</i>			
	Ponto de referência <i>Por trás do Cemitério / Em Via Pública</i>						
	Nome da vítima <i>Antônio Marcos dos Santos</i>						Idade <i>22</i>
	Solicitante / Fone						Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Cartão de saúde - SUS							

Queixa <i>Acidente</i>							
Comunicação <i>14:43</i>	Saída da base <i>14:45</i>	Chegada no local <i>14:49</i>	Saída do local <i>15:10</i>	Chegada no destino <i>15:13</i>	Saída do destino <i>15:30</i>	Chegada na base <i>15:33</i>	

Transferência (senha):

Tipo de Agravamento:

- ☐ Acidente Trânsito
☐ Pedestre
☒ Condutor do veículo
☐ Passageiro do veículo
☐ Agressão
☐ Clínico
☐ Desabamento / soterramento

Antecedente:

- ☐ AIDS
☒ Alcoolismo
☐ Alergia
☐ AVC
☐ Cirurgias Realizadas

Exame Clínico:

- ☐ Principais sintomas / Queixas
☐ Agitação/agressividade
☐ Alergia
☐ Ausência de pulso
☐ Cianose

- ☐ Eletrocução
☐ FAF
☐ FAF
☐ Gineco-obstétrico
☐ Lesões térmicas
☐ Pediátrico
☐ Psiquiátrico
☐ Quase Afogamento

- ☐ Convulsões
☐ Diabetes
☐ Doença Cardíaca
☐ Doença Infecto contagiosa
☐ Doença Mental
☐ Doença Renal

- ☐ Convulsão
☐ Diarréia
☐ Dificuldade Respiratória
☐ Dor Local
☐ Febre
☐ Inconsciente / Desmaio

- ☐ Queda Metro
☐ Queimadura
☐ Térmica
☐ Química
☐ Elétrica
☐ Outros

- ☐ Drogadição
☐ Hipertensão Arterial
☐ Internamentos anteriores
☐ Medicamento
☐ Problemas Respiratórios
☐ Outros

- ☐ Palidez
☐ Sangramento
☐ Vômito
☐ Outros:

Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início:	<i>120 x 80</i>	<i>75</i>	<i>22</i>	<i>-</i>	<i>98</i>	<i>99%</i>	<i>15</i>
Fim:							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

- ☒ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Corpo Estranho
☐ Bronco Aspiração
☐ Edema de Glote
☐ OBS

Achados: ☐ Crepitação

Respiração/Ventilação:

- ☒ Espontânea
☐ Parada Respiratória
☐ Assistida
☐ Ritmo irregular

Ausculta:

- ☐ Normal
☐ Roncos/sibilos
☐ Estentores
☐ Diminuição MV
☐ Ausência MV

Expansibilidade:

- ☐ Normal
☐ Superficial
☐ Regular
☐ Irregular

CIRCULAÇÃO:

- Pele: ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros
 Edema: ☒ Ausente ☐ Palpebral ☐ M Inferiores ☐ Anasarca
 Perfusão: ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente
 Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☒ Cheio ☐ Ausente
 Ausculta: ☒ Normal ☐ Hipofonese ☐ Atrito Pericárdio ☐ Arritmia ☐ Sopros
 ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

Principais Lesões	Crânio	Face	PESCOÇO	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Laceração											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES:

chegando no local e
vítima se encontra
sem consciência, com
movimentos, sem fraturas
no exame físico, de
300 g de peso, de
fraturas de tórax
e hematuria

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☐ Sonolência
☐ Coma
☐ Confusão
☐ Convulsão
☐ Otorrágia Direita

- ☐ Otorrágia Esquerda
☐ Sinal Battle Direito
☐ Sinal Battle Esquerdo
☐ Sinal de Guaxinin Direito
☐ Sinal de Guaxinin Esquerdo
☐ Rigidez de Nuca
☐ Afasia

- ☐ Miose Direita
☐ Miose Esquerda
☐ Midriase Direita
☐ Midriase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paresia
☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
☐ Arreflexia
☐ Pupila reigente
☒ Pupila não reigente
☐ Outros:

SEGMENTO:

- PESCOÇO:
☐ Desvio Traquéia
☒ Normal
☐ Turgência Jugular
☐ Enfisma Subcutâneo
☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão ☐ Ascite
☐ Doloroso / Defesa
☐ Espinomegalia
☐ Hepatomegalia
☐ Irritação peritonsal
☒ Normal
☐ Outros:

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Giordano Direito
☐ Giordano Esquerdo
☐ Hematúria
☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☒ Hemorragia vaginal ☐ Normal ☐ semanas ☐ Outros:
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolsa rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☒ APGAR:

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Intubação Nasal: agulha
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica Ambu.
☐ Respirador
☐ Inalação O2
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda
☐ Drenagem Torácica Direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☒ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Nasal
☐ Sedação
☐ Imobilização Membros
☒ Colar Cervical
☐ Talas/Tração
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Traqueostomia
☒ Monitoração Cardíaca / Oximetria
☐ Outros:

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA

Reposição volêmica	Volume	Medicação	Dose	Via	Horário
Ringer lactado	500 ml			60	15:05
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: UMA 33

MUNICÍPIO: Leão

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
<u>Dra. Nayara</u>		<u>Juliana Gabriela</u>	<u>Robson</u>

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF:

Assinatura:

COD.: 146 - Gráfica Lima: (81) 3728-0305

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

55.555.334.30

Nome completo da vítima

Antônio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antônio Marcos dos Santos		CPF titular da conta 55.555.334.30	Profissão recusou-se
Endereço Av: Afro Alves de Oliveira		Número 220	Complemento
Bairro Centro	Cidade Camecin	Estado PE	CEP 55665-000
Email		Telefone (DDD) 81-00668-4824	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1038 (Informar dígito se existir)	D/V 	CONTA NRO. 38664 (Informar dígito se existir)	D/V 4 (Informar dígito se existir)

BANCO Nome 	NRO.
AGÊNCIA NRO. 	D/V
CONTA NRO. 	D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Camecin - PE 13 de 07 de 18

Local e Data

Antônio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 COMPREV UNIC - CONVENIÊNCIA S/A 17 JUL 2018 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX -
DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0190000011**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/01/2018** às **14:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/12/2017** às **14:43**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 1, POR TRÁS DO CEMITÉRIO** - Bairro: **CENTRO** - **CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MACICLEIDE DE MELO SILVA (OUTRO)
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

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

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LUCIA DOS SANTOS** Pai: **MANOEL PAULO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/5/1994** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Residencial: **AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 220, BAIRRO NOVO - CEP: - Bairro: - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MACICLEIDE DE MELO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MACICLEIDE DE MELO SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PES2800** (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SÃO FELIX) Chassi: **9C2JC4110CR402272**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**



Complemento / Observação

A VITIMA PROCUROU ESTA DEPOL PARA NOTICIAR QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTO, EMBRIAGADO CONFORME CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA DO SAMU E DO HOSPITAL, QUANDO COLIDIU EM UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR AO CHÃO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU/CAMOCIM DE SÃO FELIX QUE ENCAMINHOU A VITIMA PARA A UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO/CAMOCIM DE SÃO FELIX, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº 44401, ONDE TEVE O PRONTO ATENDIMENTO, SEM MAIS, FEZ CIENTE ESTA DEPOL.

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

Antonio Marcos dos Santos

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE LEONARDO BORBA DE LIMA** - Matrícula: **221711-2**



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180420073**

Vítima: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Data do Acidente: **24/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180420073**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **24/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Sinistro: **3180420073**

Vítima: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Data do Acidente: **24/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180420073** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180420073**

Vitima: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Data do Acidente: **24/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180420073**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13358647



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180420073**
Vitima: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**
Data do Acidente: **24/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180420073**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13356077



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013128614040

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 375496777 2017

NACIEMIDE DE MELO SILVA

CAMOCIM DE SAO FELIX-PE

011.100.724-06

PR52800

902204110CB402272

PAS /MOTOCICLETA

CASOLINA

BOMBA/CG 125 FAN KS

2011 2012

2P/124CL

PARTEC

PRETA

IPVA 2017 QUITADO

1º 2º 3º

V 1

SEGURO PAGO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE DEPÓSITO OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CAMOCIM

14/02/17

Antônio Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013128614040 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NACIEMIDE DE MELO SILVA

AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA 192 55665-000

CASA CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX-PE

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

2017 14/02/17

PR52800

011.100.724-06

BOMBA/CG 125 FAN KS

375496777

09

902204110CB402272

2011

09

902204110CB402272

2011

09

902204110CB402272

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.328.000/0001-00

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DO SEU BILHETE OBRIGATORIO

013128614040
RECIBO PE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

COMPREV VIDA E DE REVIDÊNCIA S/A

09 ABR 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PR52800

375496777

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122982/18
Vítima: ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
CPF: 119.555.394-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 24/12/2017
Titular do CPF: ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS : 119.555.394-30

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/04/2018
Nome: ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 119.555.394-30

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2018
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Data Nascimento: 18/05/1994

Idade: 23 Anos, 7 Meses e 7 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01064883

Prontuário: 00433740

Senha N.º: **0066**

Data e Hora: 25/12/2017 12:49h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO ONTEM, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO, COM DOR EM MSE, MIE, E FACE, REFERE VÔMITOS

Alergia:

Observação:

DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC: SUS

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 98 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 82 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca:

QPD / HDA:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO ONTEM APRESENTANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO COM DOR EM MSE, MIE E FACE. REFERE VÔMITOS ONTEM.

Exame Físico:

ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. ACV: RCR 2T BNF S/S. AR: MV+ EM AHT S/RA. ABDOME: FLACIDO, INDOLOR, RHA(+). EXT: SEM EDEMAS, PULSOS(+) SIMÉTRICOS. SN: GLASGOW 15, SEM DEFICIT FOCAL, PUPILAS ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTES.

Exames complementares:

HD:

ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Conduta:

SINTOMÁTICOS

Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): **ALEX RICART ANDRADE DE OLIVEIRA**

CRM - 25808

Av. José Marques Fontes, S/N

Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº: 64101
DATA: 24/12/17
HORÁRIO: 15 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
Nome do paciente: Antonio Marcos dos Santos
Genitora: Vera Lucia dos Santos
Data nasc. 18/05/1994 Idade: 23 a Sexo: ☒ MASC. () FEM. Cor: _____
Endereço: R. Ciro Gomes da Oliveira nº: 220
Bairro: B. Nova Ponto de referência: _____
Nome do acompanhante: _____ () Filho () Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____

TIPO DE OCORRÊNCIA: () ACIDENTE DE TRÂNSITO () AGRESSÃO () OUTROS
() ACIDENTE DE TRABALHO () SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: () ANDANDO () AMBULÂNCIA () AUTOMÓVEL () OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. 130 MIN. 80 PESO: HGT-92 TEMP: 36,2

QUEIXA PRINCIPAL: Pulso 75, FR. 20, Glor. 15. Pt. alcoolizado vítima de acidente de moto (motorista sem colisão em acidente de trânsito). Diz que estava usando capacete mas apresenta hematomas frontais.

EXAME FÍSICO: sem paroxia, paralisia, perda de sensibilidade. Sem sinais de fratura.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Intoxicação Alcolica / Acidente de moto. CID:

EXAMES SOLICITADOS: _____

TRATAMENTO PROPOSTO:

- CD: ① SG 5% 500ml + Olamp complexo B. (CORRER RÁPIDO)
② Dipirona Olamp + 10ml AD EV
③ Peclil Olamp IH.

ALTA

④ Celeprofeno Olamp IH

após as indicações.

matlogfite

Nathalia Farias de Freitas
MÉDICA
CREMEPE 25574

24 DEZ. 2017

DESTINO DO PACIENTE:

- () OBSERVAÇÃO CLÍNICA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA
() TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
() INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA: _____ HORA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO



15:40h
Dr. Juliano Oliveira
Enfermeiro
CPL 471 31955

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-5

Antonio Marcos dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.567.204 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/12/2012

NOME << ANTONIO MARCOS DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO << MANOEL PAULO DOS SANTOS >>
<< VERA LUCIA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO 18/05/1994

DOC ORIGEM << CN.14134 L.12-A F.207 CART. CAMOCIM DE SÃO FÉLIX-PE 20.08.1994 >>

CPF 119.555.394-30

Antônio Marcos dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

22/01/2015 15:08:00

Del. Jairo de S. Camargo Leite 52 35 952

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
119.555.394-30

Nome
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

Nascimento
18/05/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

09 ABR 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Comprev

Invalida

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Marcileide de Melo Silva,
RG: 6.490.666, data de expedição 10/05/2000
Órgão SSP, portador do CPF 011.100.721-06, com
domicílio na cidade de Camocim de São Felix, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Apo Alvez de Oliveira, nº 192,
complemento Papa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antonio Marcos dos Santos,
cujo o conduto era Antonio Marcos dos Santos.
Veículo: Moto

Modelo: Honda/CG125 FAN XS

Ano: 2011

Placa: PE5 2800

Chassi: 9C2 JC4 810 CR40 2272

Data do Acidente: 24/12/2017

Local e data do cartório: Camocim 16.01/18



Assinatura do Declarante

Marcileide de Melo Silva

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE CAMOCIM DE SÃO FELIX - PE
LARIANTINE CARVALHO ALVES - TITULAR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RUA DO COMENDADOR CARVALHO, 100 - Centro - CEP 52060-000 - Camocim de São Felix/PE - Fone: (81) 3142.7000 - e-mail: carvalh@pmpa.pe.gov.br

RECEBUE, por autenticidade a(s) firma(s) de: MARCILEIDE DE MELO
SILVA selos:0075026.E4R09201701.03973

do/fe. Camocim de São Felix, 16/01/2018 10:08:20

Em testemunho da verdade

Maria Luciana Pontes da Silva

Emolumentos R\$3,99 - ISNR R\$10,80 - Total a Pagar R\$14,79 - Oper. 0,1
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

DEPARTAMENTO DO OFÍCIO ÚNICO
Sua Licença de Exercício
Totalmente em Exercício
no dia 04 de 01 de 2018 - PE
178 017.124.1100



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CNPJ: 00040-000. Fone: (081) 00000-
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compessa.com.br

Nº Documento: 2017125279232

Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

AV APRO ALVES DE OLIVEIRA, N. 00220 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000

INSCRIÇÃO: 035.820.105.0005.165

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00527923.2

RESUMO

PRODUTO DATA INÍCIO

MATRÍCULA:

00527923.2

12/2017-7

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE MONITÓRIOS	INDUSTRIAL	PÚBLICO
LIGADO	POTENCIAL		DOMESTIC		
IDENTIFICADOR	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE TURBIDIDADE		
A12UL36071	29/11/2017	29/12/2017	MÉDIA HD /		
ÁGUA	CONSUMO: 3	ESGOTO	VOLUME: 0		
LEIT. ANT.: 605	RECORRÊNCIA TAXA MINIMA	LEIT. ANT.:			
LEIT. ATUAL: 615	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 615		LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA POST.	ANÁLISES	ATENDEN A
			MS 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO
11/2017	4/	A	TURBIDEZ	23	23
10/2017	4/	A	COR APARENTE	23	16
09/2017	5/	A	COLOR RESIDUAL	23	23
08/2017	6/	A	COLIFORMES TOTAIS	23	21
07/2017	0/	A	E.Coli	23	23
06/2017	0/	A	OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.		
MÉDIA	3/ 0	A	(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLOR RESIDUAL, SÃO		
		A	INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.		
		A	(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO		
		A	VISUAL DA ÁGUA.		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2017

DOACAO AO PRO-CRIANÇA 12/2017

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

3 M3

40,18

0,86

2,50



PARÂMETRO	VALOR DE PAGAMENTO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PIS	40,18	1,65	0,66
COFINS	40,18	7,60	3,05

VENCIMENTO:

15/01/2018

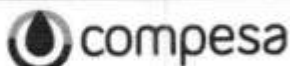
TOTAL A PAGAR:

43,54

EM 31/12/2017, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO COM A COMPESA CASO JÁ O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

Emitido por: EDINILDO MIGUEL DA SILVA

Emitido em: 10/01/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

00527923.2

12/2017-7

VENCIMENTO:

15/01/2018

TOTAL A PAGAR:

43,54

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82820000000-5 43540018035-7 00527923201-3 12201770003-2



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Identificação	Médico Regulador <i>Dra. Nayana</i>			TARM		Operador de frota <i>Alon</i>	
	Data <i>24.12.17</i>	Hora <i>14:43</i>	ID <i>0130</i>	Nº ocorrência <i>01</i>	Unidade Móvel <i>US-3</i>	Base da unidade <i>Comum</i>	
	Endereço da ocorrência <i>Rua Joaquim Nabuco</i>						Nº
	Bairro <i>Coque</i>			Município <i>Comum</i>			
	Ponto de referência <i>Por trás do Cemitério / Em Via Pública</i>						
	Nome da vítima <i>Antônio Marcos dos Santos</i>						Idade <i>22</i>
	Solicitante / Fone						Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Cartão de saúde - SUS							

Queixa <i>Acidente</i>							
Comunicação <i>14:43</i>	Saída da base <i>14:45</i>	Chegada no local <i>14:49</i>	Saída do local <i>15:10</i>	Chegada no destino <i>15:13</i>	Saída do destino <i>15:30</i>	Chegada na base <i>15:33</i>	

<input type="checkbox"/> Transferência (senha): Tipo de Agravado: <input type="checkbox"/> Acidente Trânsito <input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor do veículo <input type="checkbox"/> Passageiro do veículo <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Desabamento / soterramento		<input type="checkbox"/> Eletrocução <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico <input type="checkbox"/> Lesões térmicas <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Quase Afogamento		<input type="checkbox"/> Queda Metro <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Térmica <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Elétrica <input type="checkbox"/> Outros			
Antecedente: <input type="checkbox"/> AIDS <input checked="" type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas		<input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal		<input type="checkbox"/> Drogadição <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos anteriores <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Outros			
Exame Clínico: Principais sintomas / Queixas <input type="checkbox"/> Agitação/agressividade <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Ausência de pulso <input type="checkbox"/> Cianose		<input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória <input type="checkbox"/> Dor Local <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Inconsciente / Desmaio		<input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros:			
Início dos Sintomas: <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe							
Dados Vitais:							
Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início:	<i>120 x 80</i>	<i>75</i>	<i>22</i>	<i>-</i>	<i>98</i>	<i>99%</i>	<i>15</i>
Fim:							

RESPIRAÇÃO: Via Aérea: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Corpo Estranho <input type="checkbox"/> Bronco Aspiração <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> OBS Achados: <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo <input type="checkbox"/> Expectoração mucosa/purulenta <input type="checkbox"/> Hemoptise <input checked="" type="checkbox"/> Hálito Etilico <input type="checkbox"/> Outros		Respiração/Ventilação: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Parada Respiratória <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Ritmo irregular		Ausculta: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Roncos/sibilos <input type="checkbox"/> Estentores <input type="checkbox"/> Diminuição MV <input type="checkbox"/> Ausência MV		Expansibilidade: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	
CIRCULAÇÃO: Pele: <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Outros Edema: <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Palpebral <input type="checkbox"/> M Inferiores <input type="checkbox"/> Anasarca Perfusão: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Retardada <input type="checkbox"/> Ausente Pulso: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Fino <input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Ausente Ausculta: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipofonese <input type="checkbox"/> Atrito Pericardio <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Sopros ECG: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Não realizado							

Principais Lesões	Crânio	Face	PESCOÇO	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Laceração											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES:

chegando no local e
vítima se encontra
sem consciência, com
movimentos, sem fraturas
no exame físico, de
zodo jo direito, de
fractura de humero
e humero de

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☐ Sonolência
☐ Coma
☐ Confusão
☐ Convulsão
☐ Otorrágia Direita

- ☐ Otorrágia Esquerda
☐ Sinal Battle Direito
☐ Sinal Battle Esquerdo
☐ Sinal de Guaxinin Direito
☐ Sinal de Guaxinin Esquerdo
☐ Rigidez de Nuca
☐ Afasia

- ☐ Miose Direita
☐ Miose Esquerda
☐ Midriase Direita
☐ Midriase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paresia
☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
☐ Arreflexia
☐ Pupila reigente
☒ Pupila não reigente
☐ Outros:

SEGMENTO:

- PESCOÇO:
☐ Desvio Traquéia
☒ Normal
☐ Turgência Jugular
☐ Enfisma Subcutâneo
☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão ☐ Ascite
☐ Doloroso / Defesa
☐ Espinomegalia
☐ Hepatomegalia
☐ Irritação peritonsal
☒ Normal
☐ Outros:

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Giordano Direito
☐ Giordano Esquerdo
☐ Hematúria
☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☒ Hemorragia vaginal ☐ Normal ☐ semanas ☐ Outros:
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolsa rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☒ APGAR:

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Intubação Nasal: agulha
☐ Cânula Orolaríngea
☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica Ambu.
☐ Respirador
☐ Inalação O2
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda
☐ Drenagem Torácica direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☒ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Nasal
☐ Sedação
☐ Imobilização Membros
☒ Colar Cervical
☐ Talas/Tração
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Traqueostomia
☒ Monitoração Cardíaca / Oximetria
☐ Outros:

Diagnósticos:

TRATAMENTO:

Reposição volêmica	Volume	Medicação	Dose	Via	Horário
Ringer lactado	500 ml			60	15:05
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros:					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: UMA 33

MUNICÍPIO: Leão

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
<u>Dra. Nayara</u>		<u>Juliana Gabriela</u>	<u>Robson</u>

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF:

Assinatura:

COD.: 146 - Gráfica Lima: (81) 3728-0305

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antônio Marcos dos Santos

CPF da Vítima

119555.394-30

Data do Acidente

24/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antônio Marcos dos Santos

CPF do Representante legal

119555.394-30

Email

Telefone (DDD)

9668-4814/9258-2087

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Camocim de São Félix, 01 de fevereiro de

Local e Data

Antônio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX -
DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0190000011**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/01/2018** às **14:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/12/2017** às **14:43**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 1, POR TRÁS DO CEMITÉRIO - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MACICLEIDE DE MELO SILVA (OUTRO)
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

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

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VERA LUCIA DOS SANTOS Pai: MANOEL PAULO DOS SANTOS Data de Nascimento: 18/5/1994 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Residencial: **AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 220, BAIRRO NOVO - CEP: - Bairro: - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MACICLEIDE DE MELO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MACICLEIDE DE MELO SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA - Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PES2800** (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SÃO FELIX) Chassi: **9C2JC4110CR402272**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**



Complemento / Observação

A VITIMA PROCUROU ESTA DEPOL PARA NOTICIAR QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTO, EMBRIAGADO CONFORME CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA DO SAMU E DO HOSPITAL, QUANDO COLIDIU EM UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR AO CHÃO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU/CAMOCIM DE SÃO FELIX QUE ENCAMINHOU A VITIMA PARA A UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO/CAMOCIM DE SÃO FELIX, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº 44401, ONDE TEVE O PRONTO ATENDIMENTO, SEM MAIS, FEZ CIENTE ESTA DEPOL.

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

Antonio Marcos dos Santos

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE LEONARDO BORBA DE LIMA** - Matrícula: **221711-2**



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

119555394-30

Nome completo da vítima

Antônio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antônio Marcos dos Santos		CPF titular da conta 119555394-30	Profissão Recebeu-se
Endereço Av. Ayrton Senna de Oliveira		Número 220	Complemento
Bairro Centro	Cidade Carmópolis de São Félix	Estado PE	CEP 55665-000
Email			Telefone (DDD) 9668-4814/9258-3087

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)							
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 4995 (Informar dígito se existir)		D/V CONTA NRO. 13564 (Informar dígito se existir)		D/V D/V D/V		D/V D/V D/V	
AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)		D/V D/V D/V		D/V D/V D/V		D/V D/V D/V	

COMPREV
CORREIO VITÓRIA E RESIDÊNCIA SIA
09 ABR 2018
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Carmópolis de São Félix, 01 de fevereiro de 2018
Local e Data

Antônio Marcos dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

55.555.334.30

Nome completo da vítima

Antônio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antônio Marcos dos Santos		CPF titular da conta 55.555.334.30	Profissão recusou-se
Endereço Av: Afro Alves de Oliveira		Número 220	Complemento
Bairro Centro	Cidade Camecin	Estado PE	CEP 55665-000
Email		Telefone (DDD) 81-00668-4824	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 1038 (Informar dígito se existir)		D/V 		CONTA NRO. 38664 (Informar dígito se existir)		D/V 4 (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 		D/V 		CONTA NRO. 		D/V 	

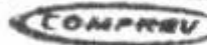
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Camecin - PE 13 de 07 de 18

Local e Data

Antônio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 COMPREV - COMPANHIA S/A 17 JUL 2018 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013128614040

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 375496777 2017

NACIEMIDE DE MELO SILVA

CAMOCIM DE SAO FELIX-PE

011.100.724-06

PR52800

PLACA ANT/UT 9C2J04110CB402272

PAS /MOTOCICLETA

CASOLINA

BOMBA/CG 125 FAN KS

2011 2012

2P/124CL

PARTEC

PRETA

IPVA 2017 QUITADO

1º 2º 3º

V 1

SEGURO PAGO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE DEPÓSITO OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CAMOCIM

14/02/17

Antônio Carlos de Almeida
Diretor Presidente DETRAN/PE

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 013128614040 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NACIEMIDE DE MELO SILVA

AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA 192 55665-000

CASA CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX-PE

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

EXERCICIO 2017 DATA EMISSAO 14/02/17

VIA 1 011.100.724-06

PR52800

375496777

BOMBA/CG 125 FAN KS

2011

9C2J04110CB402272

09

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR52800

9C2J04110CB402272

SEGURO PAGO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.328.000/0001-00

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DO SEU BILHETE OBRIGATORIO

013128614040
RECIBO PE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

COMPREV VIDA E DE REVIDÊNCIA S/A

09 ABR 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PR52800

COD RENAVAM 375496777

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-5

Antonio Marcos dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.567.204 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/12/2012

NOME << ANTONIO MARCOS DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO << MANOEL PAULO DOS SANTOS >>
<< VERA LUCIA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO 18/05/1994

DOC ORIGEM << CN.14134 L.12-A F.207 CART. CAMOCIM DE SÃO FÉLIX-PE 20.08.1994 >>

CPF 119.555.394-30

Antônio Marcos dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

22/01/2015 15:08:00

Del. Jairo de S. Camargo Leite 52 35 952

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
119.555.394-30

Nome
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

Nascimento
18/05/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

 **COMPREV**

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

09 ABR 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Comprev

Invalida



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Data Nascimento: 18/05/1994

Idade: 23 Anos, 7 Meses e 7 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01064883

Prontuário: 00433740

Senha N.º: **0066**

Data e Hora: 25/12/2017 12:49h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO ONTEM, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO, COM DOR EM MSE, MIE, E FACE, REFERE VÔMITOS

Alergia:

Observação:

DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC: SUS

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 98 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 82 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

HGT:

QPD / HDA:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO ONTEM APRESENTANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO COM DOR EM MSE, MIE E FACE. REFERE VÔMITOS ONTEM.

Exame Físico:

ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. ACV: RCR 2T BNF S/S. AR: MV+ EM AHT S/RA. ABDOME: FLACIDO, INDOLOR, RHA(+). EXT: SEM EDEMAS, PULSOS(+) SIMÉTRICOS. SN: GLASGOW 15, SEM DÉFICIT FOCAL, PUPILAS ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTES.

Exames complementares:

HD:

ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Conduta:

SINTOMÁTICOS

Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): **ALEX RICART ANDRADE DE OLIVEIRA**
CRM - 25808

Av. José Marques Fontes, S/N

Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº: 64101
DATA: 24/12/17
HORÁRIO: 15 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
Nome do paciente: Antônio Marcos dos Santos
Genitora: Vera Lucia dos Santos
Data nasc. 18/05/194 Idade: 23 a Sexo: ☒ MASC. () FEM. Cor: _____
Endereço: R. Ciro Gomes da Oliveira nº: 220
Bairro: B. Nova Ponto de referência: _____
Nome do acompanhante: _____ () Filho () Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____

TIPO DE OCORRÊNCIA: () ACIDENTE DE TRÂNSITO () AGRESSÃO () OUTROS
() ACIDENTE DE TRABALHO () SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: () ANDANDO () AMBULÂNCIA () AUTOMÓVEL () OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. 130 MIN. 80 PESO: HGT-92 TEMP: 36,2

QUEIXA PRINCIPAL: Pulso 75, FR. 20, Glor. 15. Pt. alcoolizado vítima de acidente de moto (motorista sem colisão em acidente de trânsito). Diz que está usando capacete mas apresenta hematomas frontais.

EXAME FÍSICO: sem paroxia, paralisia, perda de sensibilidade. Sem sinais de fratura.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Intoxicação Alcoolica / Acidente de moto. CID:

EXAMES SOLICITADOS: _____

TRATAMENTO PROPOSTO:

- CD: ① SG 5% 500ml + Olamp complexo B. (CORRER RÁPIDO)
② Dipirona Olamp + 10ml AD EV
③ Peclil Olamp IH.
④ Celeprofeno Olamp IH

ALTA

após as indicações.

matlogfite

Nathalia Farias de Brito
MÉDICA
CREMEPE 25574

24 DEZ. 2017

DESTINO DO PACIENTE:

- () OBSERVAÇÃO CLÍNICA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA
() TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
() INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA: _____ HORA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO



15:40h
Dr. Juliano Oliveira
Enfermeiro
CPL 471 31955

Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia

União União
Paciente ANTONIO MANOEL DOS SANTOS, natural
de araruama de ucrânia em 24/12/2017 segun-
do B.O de Nº 18E0190000011

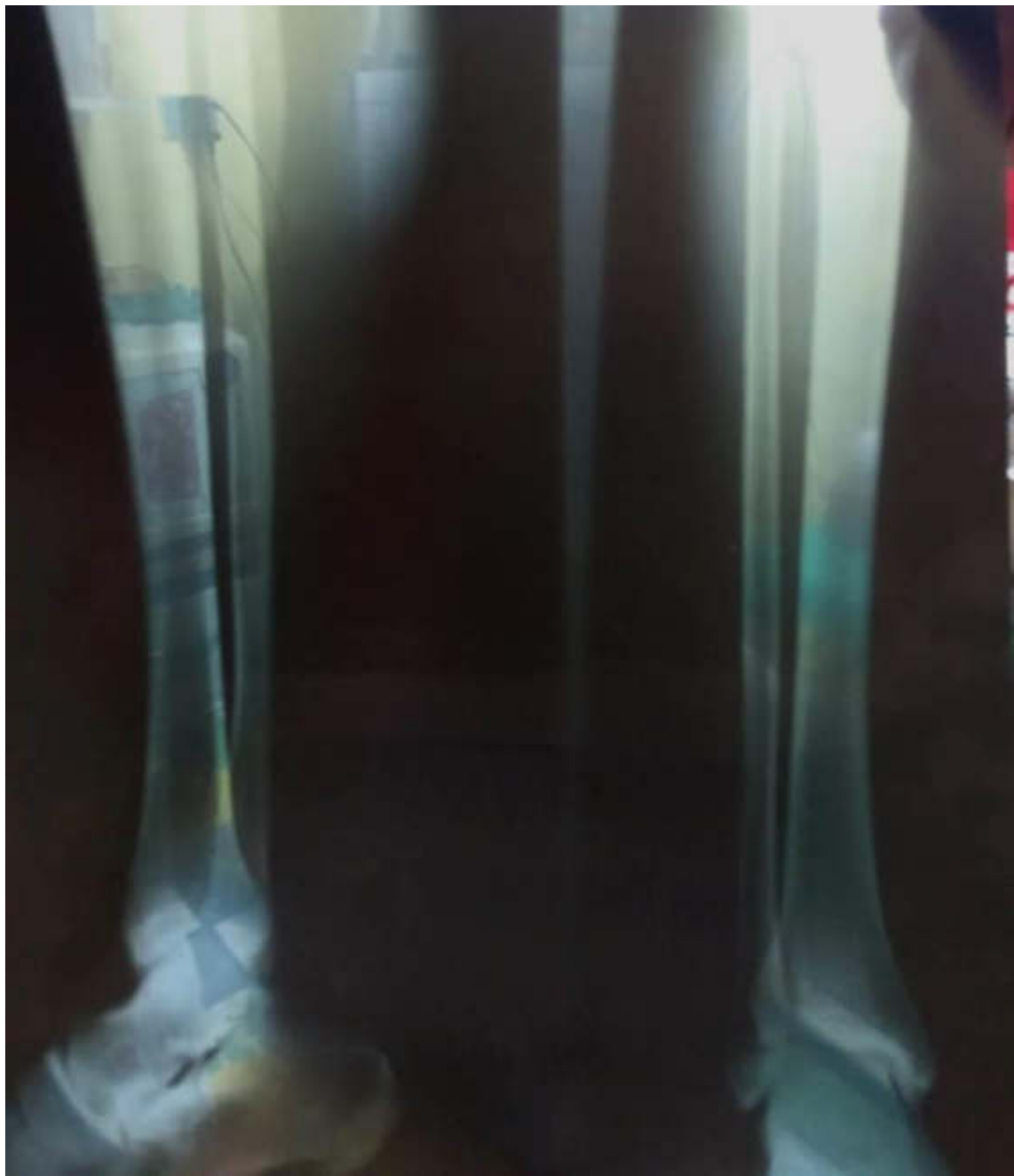
lesão extensa fraturas no osso cox-
fritadas com hastes + desbridamento + fixa-
ção + curativos

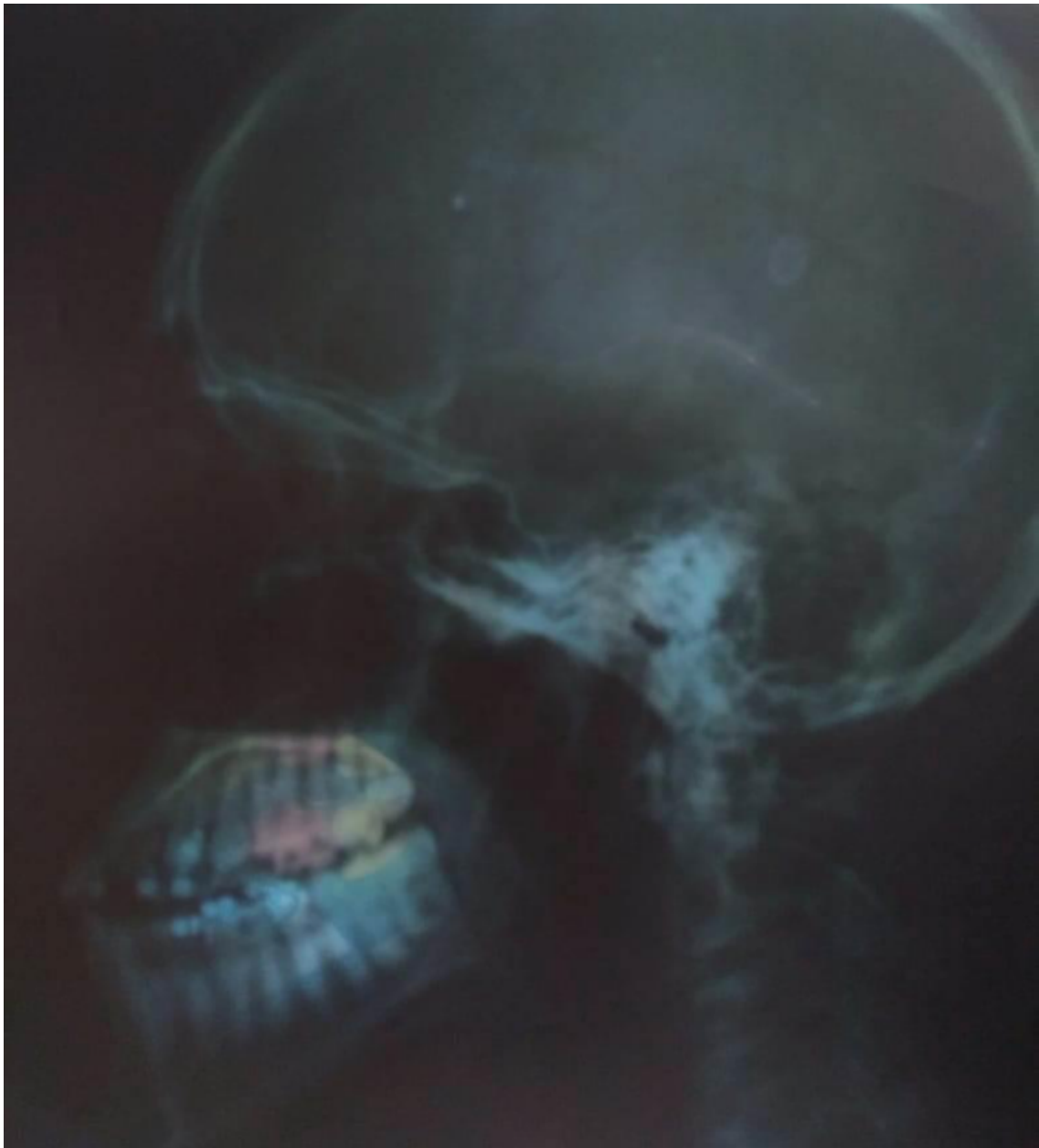
O mesmo inclui com lesões:
- Deformidade avulsiva (giz no
osso cox.)

- limitação do movimento ativo de
rotação do osso

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8684
CPF: 172.872.334-04
Alto Substancial Espiritual
03/09/18

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 SET 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE







Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Marcileide de Melo Silva,
RG: 6.490.666, data de expedição 10/05/2000
Órgão SSP, portador do CPF 011.100.721-06, com
domicílio na cidade de Camocim de São Felix, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Apo Alvar de Oliveira, nº 192,
complemento Papa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antonio Marcos dos Santos,
cujo o conduto era Antonio Marcos dos Santos.
Veículo: Moto

Modelo: Honda/CG125 FAN XS

Ano: 2011

Placa: PE5 2800

Chassi: 9C2 JC4 810 CR40 2272

Data do Acidente: 24/12/2017

Local e data do cartório: Camocim 16.01/18



Assinatura do Declarante

[Handwritten signature]

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE CAMOCIM DE SÃO FELIX - PE
LARIANTINE CARVALHO ALVES - TITULAR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RUA DO COMENDADOR CARVALHO, 100 - Centro - CEP 55200-000 - Camocim de São Felix/PE - Fone: (81) 3142.7000 - e-mail: carvalhola@pe.mp.br

RECEBUE, por autenticidade a(s) firma(s) de: MARCELEIDE DE MELO
SILVA selos:0075026.E4R09201701.03973

doe fe. Camocim de São Felix, 16/01/2018 10:08:20

Em testemunho da verdade

Maria Luciana Pontes da Silva
Maria Luciana Pontes da Silva

Emolumentos R\$3,99 - ISIR R\$10,80 - Total a Pagar R\$14,79 - Oper. 0,1
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

RECEBUE DO OFÍCIO ÚNICO
DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO
ESTADO DE PERNAMBUCO
TITULAR DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RUA DO COMENDADOR CARVALHO, 100 - Centro
CEP 55200-000 - Camocim de São Felix/PE - Fone: (81) 3142.7000

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Marcos dos Santos.

RG nº 8.567.204, data de expedição 08/12/12, Órgão SDS

CPF nº 119.555.394-30 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av Afonso Alves de Oliveira</u>
Número	<u>220.</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Camecin de São Felix</u>
Estado	<u>PE.</u>
CEP	<u>55665-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9. 2668-4819.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Camecin de São Felix 19/09/2018

Assinatura do Declarante: Antonio Marcos dos Santos





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2018085279232

Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CLIENTE: ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
AV APRO ALVES DE OLIVEIRA, N. 00220 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000
INSCRIÇÃO: 035.820.105.0005.165

GRUPO: 6

00527923.2 08/2018-3

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00527923.2

ÁGUA	ESGOTO	QUANTIDADE DE CONDIÇÕES	QUANTIDADE DE CONDIÇÕES	QUANTIDADE DE CONDIÇÕES	QUANTIDADE DE CONDIÇÕES
LIGADO	POTENCIAL	RESIDUAL	COMENTÁRIOS	RESIDUAL	RESIDUAL
12/01/2018	31/07/2018	30/08/2018			
ÁGUA	ESGOTO				
LEIT. ANT.: 636	CONSUMO: 3	LEIT. ANT.: 0			
LEIT. ATUAL: 646	RECORRENCIA TAXA MINIMA	LEIT. ATUAL: 0			
LEIT. FAT.: 646	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.: 0			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIG. PELA PORT	ANÁLISES	ATENDEN A	
07/2018 1/		MS 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO	
06/2018 0/		23	29	29	
05/2018 0/		23	29	21	
04/2018 5/		23	29	29	
03/2018 5/		23	29	29	
02/2018 5/		23	29	29	
MÉDIA 2/ 0		23	29	29	
		OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2018
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 08/2018

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

3 M3

41,30

0,87

2,50



PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	2,14

ENTRADA: 15/09/2018

TOTAL A PAGAR: 44,67

PREZADO CLIENTE, COMUNICAMOS QUE O SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA ENCONTRA-SE EM OPERAÇÃO NESSE ENDEREÇO E SERÁ COBRADA TARIFA PELO SERVIÇO CONFORME CATEGORIA DO IMÓVEL.

Entido por: INTERIET

Entido em: 19/09/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 00527923.2 08/2018-3

ENTRADA: 15/09/2018

TOTAL A PAGAR: 44,67

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82800000000-1 44670018035-8 00527923201-3 08201830003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Identificação	Médico Regulador <i>Dra. Nayana</i>			TARM		Operador de frota <i>Alon</i>	
	Data <i>24.12.17</i>	Hora <i>14:43</i>	ID <i>0130</i>	Nº ocorrência <i>01</i>	Unidade Móvel <i>US-3</i>	Base da unidade <i>Comum</i>	
	Endereço da ocorrência <i>Rua Joaquim Nabuco</i>						Nº
	Bairro <i>Coque</i>			Município <i>Camocim</i>			
	Ponto de referência <i>Por trás do Cemitério / Em Via Pública</i>						
	Nome da vítima <i>Antônio Marcos dos Santos</i>						Idade <i>22</i>
	Solicitante / Fone						Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Cartão de saúde - SUS							

Queixa <i>Acidente</i>							
Comunicação <i>14:43</i>	Saída da base <i>14:45</i>	Chegada no local <i>14:49</i>	Saída do local <i>15:10</i>	Chegada no destino <i>15:13</i>	Saída do destino <i>15:30</i>	Chegada na base <i>15:33</i>	

<input type="checkbox"/> Transferência (senha): Tipo de Agravado: <input type="checkbox"/> Acidente Trânsito <input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor do veículo <input type="checkbox"/> Passageiro do veículo <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Desabamento / soterramento		<input type="checkbox"/> Eletrocução <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico <input type="checkbox"/> Lesões térmicas <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Quase Afogamento		<input type="checkbox"/> Queda Metro <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Térmica <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Elétrica <input type="checkbox"/> Outros			
Antecedente: <input type="checkbox"/> AIDS <input checked="" type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas		<input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal		<input type="checkbox"/> Drogadição <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos anteriores <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Outros			
Exame Clínico: Principais sintomas / Queixas <input type="checkbox"/> Agitação/agressividade <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Ausência de pulso <input type="checkbox"/> Cianose		<input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória <input type="checkbox"/> Dor Local <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Inconsciente / Desmaio		<input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros:			
Início dos Sintomas: <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe							
Dados Vitais:							
Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início:	<i>120 x 80</i>	<i>75</i>	<i>22</i>	<i>-</i>	<i>93</i>	<i>99%</i>	<i>15</i>
Fim:							

RESPIRAÇÃO: Via Aérea: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Corpo Estranho <input type="checkbox"/> Bronco Aspiração <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> OBS Achados: <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo <input type="checkbox"/> Expectoração mucosa/purulenta <input type="checkbox"/> Hemoptise <input checked="" type="checkbox"/> Hálito Etilico <input type="checkbox"/> Outros		Respiração/Ventilação: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Parada Respiratória <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Ritmo irregular		Ausulta: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Roncos/sibilos <input type="checkbox"/> Estentores <input type="checkbox"/> Diminuição MV <input type="checkbox"/> Ausência MV		Expansibilidade: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	
CIRCULAÇÃO: Pele: <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Outros Edema: <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Palpebral <input type="checkbox"/> M Inferiores <input type="checkbox"/> Anasarca Perfusão: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Retardada <input type="checkbox"/> Ausente Pulso: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Fino <input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Ausente Ausculta: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipofonese <input type="checkbox"/> Atrito Pericardio <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Sopros ECG: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Não realizado							

Principais Lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS	MI
								E	D
Amputação									
Contusão									
Escoriação									
Esmagamento									
Perfurante									
Contuso									
Frat. Fechada									
Frat. Aberta									
Laceração									
Luxação									
Queimadura %									

OBSERVAÇÕES:

chegando no local e
vítima se encontra
sem consciência, com
movimentos, sem fraturas
no exame físico, de
300 g de peso, de
fraturas de tórax
e hematuria

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☐ Sonolência
☐ Coma
☐ Confusão
☐ Convulsão
☐ Otorragia Direita

- ☐ Otorragia Esquerda
☐ Sinal Battle Direito
☐ Sinal Battle Esquerdo
☐ Sinal de Guaxinin Direito
☐ Sinal de Guaxinin Esquerdo
☐ Rigidez de Nuca
☐ Afasia

- ☐ Miose Direita
☐ Miose Esquerda
☐ Mideiase Direita
☐ Midriase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paresia
☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
☐ Arreflexia
☐ Pupila reigente
☒ Pupila não reigente
☐ Outros:

SEGMENTO:

- Pescoço:
☐ Desvio Traquéia
☒ Normal
☐ Turgência Jugular
☐ Enfisema Subcutâneo
☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão ☐ Ascite
☐ Doloroso / Defesa
☐ Espinomegalia
☐ Hepatomegalia
☐ Irritação peritonsal
☒ Normal
☐ Outros:

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Giordano Direito
☐ Giordano Esquerdo
☐ Hematúria
☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☒ Hemorragia vaginal ☐ Normal ☐ semanas ☐ Outros:
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolsa rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☒ APGAR:

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Intubação Nasal: agulha
☐ Cânula Orolaríngea
☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica Ambu.
☐ Respirador
☐ Inalação O2
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda
☐ Drenagem Torácica direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☒ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Nasal
☐ Sedação
☐ Imobilização Membros
☒ Colar Cervical
☐ Talas/Tração
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Traqueostomia
☒ Monitoração Cardíaca / Oximetria
☐ Outros:

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA

Reposição volêmica	Volume	Medicação	Dose	Via	Horário
Ringer lactado	500 ml			60	15:05
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros:					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: UMA 33

MUNICÍPIO: Leão

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
<u>Dra. Nayara</u>		<u>Juliana Gabriela</u>	<u>Robson</u>

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF:

Assinatura: