



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100^a CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX -
DP100^aCIRC DINTER1/14^aDESEC

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/12/2017** às **14:43**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, POR TRAS DO CEMITERIO** - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MACICLEIDE DE MELO SILVA (OUTRO)
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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 SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 220, BAIRRO NOVO - CEP: - Bairro: - CAMOCIM DE SAO 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 (VEICULO) 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 SAO 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 N° 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

119555394-30

Data do Acidente

24/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antônio Marcos dos Santos

CPF do Representante legal

119555394-30

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 PI de fevereiro
Local e Data



(Assinatura do beneficiário)
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

13.555.394.30

Nome completo da vítima

Antônio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antônio Marcos dos Santos	13.555.394.30	pescador - se
Endereço	Número	Complemento
Av. Afonso Alves de Oliveira	220	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Canoeim	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	55665-000	81-99668-4824

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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 |

- 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) |
|---|--|-------------------------------------|
- CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
1038		38664	4

(Informar dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	Nº	
AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Canoeim - PE, 33 de 07 de 18

Local e Data

Cintânia marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV
COMPREV VIOL - EXPANSÃO S/A
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?

[**X**] 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 [**X**] 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

() "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

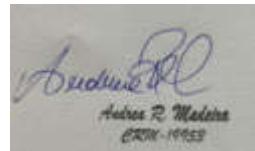
Região Corporal (Sequela):

% 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 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

MISTERIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE		Nº 0131286140400
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
VIA	ODO. HEMALAVI	TRIFLEX
1	375496771	EXERCÍCIO
	666666669	2017

HACCIENNE ET AL.

011.100.724-06

ESTATE PLANNING

BOSTON/OG 125 SAN X-1

22 / LEVEL

卷之三

卷之三

THE ESTATE OF JOHN D. ROCKEFELLER

CONTINU

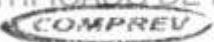
卷之三

RESUMO GUARDE O ALIANÇA DE
SLS NAO E DIA FORTA OBIGATORIO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

008280

~~RECEBIO CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCA~~



~~COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA~~

09 ABR 2018

卷之三

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

013128614040
RECIBO PE N°

८

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOALIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OURO SUL CARGA A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DEVIA

PE Nº 013128614040 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MACCICAKI DIO. MELO SILVA

013128614040
RECIBO BE N°

AV ARIO ALVES DE OLIVEIRA 192 55665-000
CASA CHEIRO CANDOR DE SÃO FELIX-PR

RECIBO EN



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, APRESNETANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO, COM DOR EM MSE, MIE, E FACE, REFERE VOMITOS

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. Cardiaca:

QPD / HDA:

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO ONTEM APRESENTANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO COM DOR EM MSE, MIE E FACE. REFERE VOMITOS 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(+) SIMETRICOS. SN: GLASGOW 15, SEM DEFICIT FOCAL, PUPILAS ISOCORICAS, FOTORREAGENTES.

Exames complementares:

HD:

ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Conduta:

SINTOMATICOS

Evolução:



Ass. do Médico

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



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N° 641101
DATA 26/12/17
HORÁRIO: 15 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____

Nome do paciente: Cintônio Marcos dos Santos

Genitora: Vera Lucia dos Santos

Data nasc. 18/05/94 Idade: 23 a Sexo: MASC. FEM. Cor: _____

Endereço: R. Cipó Alves da Oliveira nº: 220

Bairro: B. Nogueira 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: 31°C + 96

QUEIXA PRINCIPAL: Pulse 75, FR. 30 glámpas/15 por aceleração vitória de
acidente de moto (motociclista seu colisão em acidente de trânsito).
Diz que estava usando capacete mas apresenta hematomas frontais

EXAME FÍSICO: Sua ipsilateral paralisia, perde de sensibilidade. Seu nível
é fratura.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: laringite acústica / cedente de moto. CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

- CD: ① SG 5% sone + Olamp complexo B. (CORRER) RÁPIDO
- ② Díspirete Olamp + sone AD EV
- ③ Pecrie Olamp IH.
- ④ Celeprofene Olamp 150

após as audições.

mattoffte

Natalia Faria de Britto
Médica
CREMEPE 73574

26 DEZ. 2017

M. Juliano de Oliveira
Enfermeiro
UNIFET S14235

DESTINO DO PACIENTE: _____

- OBSERVAÇÃO CLÍNICA
- LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
- LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

COMPREV 09 ABR 2018
AGENCIAS RECIFE

PROTÓCOLO

TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA / /

HORA: : :

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia

Lindo visto
Paciente ANTONIO MARCOS DOS SANTOS, n° 1000
de andar de motocicleta em 24/12/2017 Seguir
as B.O. de N. 18E0190000011

Sofreu extenso ferimento no dorso L2.
fratadas com hérara + desbridamento + su-
tura + curativos.

O mesmo volta com lesão:
Desprendimento avascular (GCFM2 no
retroscro.)

limitado as movimentações de
rotacionais do ombro

Dr. Pedro Alves Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 8686
CPF: 172.872.231-0

03/09/18

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 SET 2018

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
NOME: 8.567.204
DATA DE EXPEDIÇÃO: 08/12/2012

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

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

invalido

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 de Oliveira</u>
Número	<u>220.</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Lambeim de São Félix</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55665 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.966.8-4819.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Lambeim de São Félix 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.compresa.com.br

Nº Documento: 2018085279232 Escriptório: CAMOCIM DE SÃO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

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

INSCRIÇÃO: 035.820.105.0005.165

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00527923.2

ADRESSE:

ESTADO: CEARÁ

MATRÍCULA:

00527923.2

08/2018-3

ADRESSE:

ESTADO: CEARÁ

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Marcieleide de Melo Silva,
RG: 6.490.666, data de expedição 10/05/2000
Órgão SSP, portador do CPF 031.100.721-06, com
domicílio na cidade de Canindé de São Félix, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Afonso Alves de Oliveira, nº 192,
complemento lote, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antônio Marcos dos Santos,
cujo o conduto era Antônio Marcos dos Santos.

Veículo: Noto

Modelo: Honda CG125 FAN KS

Ano: 2011

Placa: PES 2800

Chassi: 9C2JCA110CR402272

Data do Acidente: 24/12/2017

Local e data do cartório: Canindé 36.01.18

Assinatura do Declarante



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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

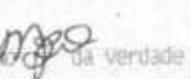
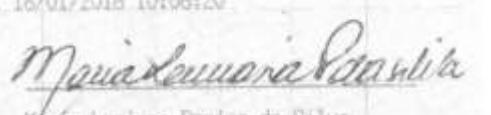


PRÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE CANINDÉ DE SÃO FÉLIX - PE
LAVANTINHO CONSULTANT ALVES - Técnico em Autenticidade - MARIA LUCIANA PONTES DA SILVA - Autenticadora
Início Operações: 188 - Telef.: (81) 3288-000 - Correio de Fazenda: (81) 3283-7766 - e-mail: canindemarilia@canindemarilia.com.br

Por autenticidade a(s) firma(s) de: MARCIELEIDE DE MELO

SILVA, selo:W075029.EAR09201701.03973

dat. fe. Canindé de São Félix, 16/01/2018 10:06:20

Em testamento  da verdade 
Maria Luciana Pontes da Silva
Envolvimentos R\$3,99 - TSR R\$0,80 Total a Pagar R\$4,79 Oper. D.I
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0000-0000
Inscrição Estadual: 16.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2017125279232 Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DETALHES DA FATURA		MATRÍCULA:	00527923.2	DATA:	12/2017-7
DADOS PESSOAIS		ANTONIO MARCOS DOS SANTOS AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA, N. 00220 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000 INSCRIÇÃO: 035.820.105.0005.165			
TIPO DE CONSUMO		GRUPO: 6 OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00527923.2			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		MATERIAL RESIDENCIAL QUANTIDADE DE CONSUMO RESIDENCIAL: 1 COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO			
RESIDENCIAL: A12U136071		DATA LEIT. ANTERIOR: 29/11/2017 DATA LEIT. ATUAL: 29/12/2017 TIPO DE CONSUMO: MÍDIA HD /			
ÁGUA LEIT. ANT.: 605 LEIT. ATUAL: 615 LEIT. FAT.: 615		CONSUMO: 3 RECORRENTE TAXA MÍNIMA ANORMALIDADE DE LEITURA ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS PARÂMETROS EXIG. PELA PORT. ANALISES REALIZADAS ATENDEM A LEGISLAÇÃO			
11/2017 4/ 10/2017 4/ 09/2017 5/ 08/2017 6/ 07/2017 6/ 06/2017 6/ MÉDIA 3/ 0		TURBIDEZ 23 23 23 COR APARENTE 23 23 23 CLORO RESIDUAL 23 23 23 COLIFORMES TOTAIS 23 23 23 E.Coli 23 23 23			
OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS Ausência em 25% das amostras examinadas. (2)Os parâmetros COLIFORMES TOTAIS, RECHERICHIA 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	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2017 DOACAO AO PRO-CRIANCA 12/2017	3 M3	40,18 0,86 2,50
 COMPREV VIDA E + EVIDÊNCIA S/A 09 ABR 2018 PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE		

ITEM	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
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 DEBITO COM A COMPESA CASO JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.			
Emitido por:	EDINTILDO MIGUEL DA SILVA	Emitido em:	10/03/2018

compeSA	Arpe Agência de Regulação de Pernambuco
ATENDIMENTO: 0800-0810155 VAZAMENTOS: 0800-0810185	0800-2813844
VENCIMENTO:	MATRÍCULA: 00527923.2
15/01/2018	DATA: 12/2017-7
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

119555394-30

Data do Acidente

24/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antônio Marcos dos Santos

CPF do Representante legal

119555394-30

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 PI de fevereiro

Local e Data

(Assinatura do Beneficiário)

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Identificação	Médico Regulador <i>Dra. Nayara</i>		TARM			Operador de frota <i>Alan</i>	
	Data <i>29/12/17</i>	Hora <i>14:43</i>	ID <i>0130</i>	Nº ocorrência <i>01</i>	Unidade Móvel <i>US3</i>	Base da unidade <i>Camocim</i>	
	Endereço da ocorrência <i>Rua Jucum - Número</i>						Nº
	Bairro <i>Centro</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 <i>M F</i>
	Cartão de saúde - SUS						

Queixa *Acidente*

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 Agravos:
- Acidente Trânsito
 - Pedestre
 - Condutor do veículo
 - Passageiro do veículo
 - Agressão
 - Clínico
 - Desabamento / Soterramento

- Eletrocussão
- FAB
- FAF
- Gineco-obstétrico
- Lesões térmicas
- Pediátrico
- Psiquiátrico
- Quase Afogamento

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

Antecedente:

- AIDS
- Alcoholismo
- Alergia
- AVC
- Cirurgias Realizadas

- Convulsões
- Diabetes
- Doença Cardíaca
- Doença Infecto contagiosa
- Doença Mental
- Doença Renal
- Convulsão
- Diarréia
- Dificuldade Respiratória
- Dor Local
- Febre
- Inconsciente / Desmaio

- 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	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Inicio:	<i>120x80</i>	<i>75</i>	<i>22</i>		<i>93</i>	<i>99%</i>	<i>15</i>
Fim:							

RESPIRAÇÃO:

- Via Aérea:
- Livre
 - Obstrução Parcial
 - Total
 - Corpo Estranho
 - Bronco Aspiração
 - Edema de Glote
 - OBS

 Achados: Crepitante Enfisema Subcutâneo Expectorado mucosa/purulenta Hemoptise Hálito Etílico Outros

- Respiração/Ventilação:
- Espontânea
 - Parada Respiratória
 - Assistida
 - Ritmo irregular

- Ausculta:
- Normal
 - Roncos/sibilos
 - Estenores
 - 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 Ausente
- Perfusão: Normal Retardada Fino Cheio Ausente
- P脉: Regular Irregular Atrito Pericardio Arritmia Sopro
- Ausculta: Normal Hipofonese Não realizado

Principais Lesões	Crânio	Face	PESCOÇO	DORSO	TÓRAX	ABDÔMEN	PELVE	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoceira											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Lacerção											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES:

Segundo no local e volume e encontra-se em ótimo, concreto, quentado, sem fraturas ou lesões ósseas, ótimo para festejo e procedimentos de traumas e hemorragias.

*Juliana Gabista
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PE 1209585*

EXAME NEUROLÓGICO:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Otorragia Esquerda | <input type="checkbox"/> Miase Direita | <input type="checkbox"/> Parestesia |
| <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Sinal Battle Direito | <input type="checkbox"/> Miase Esquerda | <input type="checkbox"/> Arreflexia |
| <input type="checkbox"/> Cansa | <input type="checkbox"/> Sinal Battle Esquerdo | <input type="checkbox"/> Midriase Direita | <input type="checkbox"/> Pupila reageente |
| <input type="checkbox"/> Confusão | <input type="checkbox"/> Sinal de Guixinin Direito | <input type="checkbox"/> Midriase Esquerda | <input checked="" type="checkbox"/> Pupila não reageente |
| <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Sinal de Guixinin Esquerdo | <input type="checkbox"/> Paralisia | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Otorragia Direita | <input type="checkbox"/> Rigidida de Nuca | <input type="checkbox"/> Paresia | |
| | <input type="checkbox"/> Afasia | <input type="checkbox"/> Anestesia | |

SEGMENTO:

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

Abdômen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Distensão | <input type="checkbox"/> Ascite | <input type="checkbox"/> Urogenital: |
| <input type="checkbox"/> Doloroso / Defesa | <input type="checkbox"/> Espinomegalia | <input type="checkbox"/> Anúria |
| <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | <input type="checkbox"/> Irritação peritoneal | <input type="checkbox"/> Giordano Direito |
| <input type="checkbox"/> Rigidida | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Giordano Esquerdo |
| | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Hematuria |

Outros:

Urogenital:

- | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anúria | <input type="checkbox"/> Sangramento | <input type="checkbox"/> Nascimento |
| <input type="checkbox"/> Giordano Direito | <input type="checkbox"/> APGAR: | |
| <input type="checkbox"/> Giordano Esquerdo | | |
| <input type="checkbox"/> Hematuria | | |
| <input type="checkbox"/> Outros: | | |

GINECO-OBSTÉTRICO:

- | | | | | |
|---|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abortamento | <input type="checkbox"/> Hemorrágia vaginal | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> semanas | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Trabalho de parto: | <input type="checkbox"/> 01 cont./10m | <input type="checkbox"/> 1-3 cont./10m | <input type="checkbox"/> 4-5 cont./10m | <input type="checkbox"/> Bolsa rota |
| <input type="checkbox"/> Parto diaf. | <input type="checkbox"/> Gêmeas | <input type="checkbox"/> Liquido Meconial | <input type="checkbox"/> APGAR: | <input type="checkbox"/> Sangramento |

PROCEDIMENTOS:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desobstrução Vias Aéreas | <input type="checkbox"/> Toracocentose c/ agulha esquerda | <input type="checkbox"/> Sonda Gástrica |
| <input type="checkbox"/> Intubação Nasal: aquela | <input type="checkbox"/> Drenagem Torácica direita | <input type="checkbox"/> Sedação |
| <input type="checkbox"/> Câncula Orofaringea | <input type="checkbox"/> Drenagem Torácica Esquerda | <input type="checkbox"/> Imobilização Membros |
| <input type="checkbox"/> Cricotirepídeostomia | <input type="checkbox"/> Massagem Cardíaca Externa | <input checked="" type="checkbox"/> Colar Cervical |
| <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica Ambu. | <input type="checkbox"/> Desfibrilação/Cardiovessão | <input type="checkbox"/> Talas/Tração |
| <input type="checkbox"/> Respirador | <input type="checkbox"/> Controle Hemorrágia | <input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal |
| <input type="checkbox"/> Inalação O2 | <input type="checkbox"/> Curativo | <input type="checkbox"/> Traqueostomia |
| <input type="checkbox"/> Toracocentose c/ Agulha Direita | <input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica | <input type="checkbox"/> Monitorização Cardíaca / Oximetria |
| | <input type="checkbox"/> Punção Venosa Central | <input type="checkbox"/> Outros: |

Diagnósticos:

TERAPÉUTICA

Reposição sanguínea	Volume	Medicação
Ringer lactato		
Sol. Isoosmótico 0,9%		
Sol. Glicosado 0,5%		
Outros		

500 ml

COMPREV 09 ABR 2018

PROTÓCOLO

Assinatura e crímbio do médico (unidade de destino) HORA:

Médica: *Matheus Souza da Costa* 15:05
CREMEPE 25574 24 DEZ. 2017

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR:

União 33

MUNICÍPIO: *Comendador Soares*

INTERCORRÊNCIA:

PERTESES DO PACIENTE:

Descrição	Name e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro/Aux. Téc. de Enferm.	Condutor
<i>Dra. Nagore</i>	-	<i>Juliana Gabista</i> TÉC. DE ENFERMAGEM COREN-PE 1209585	<i>Rolygon</i>

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: _____

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

13.555.394.30

Nome completo da vítima

Antônio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antônio Marcos dos Santos	13.555.394.30	pescador - se
Endereço	Número	Complemento
Av. Afonso Alves de Oliveira	220	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Canoeim	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	55665-000	81-99668-4824

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____

NRO. _____

AGÊNCIA NRO. **1038** D/V **38664** D/V **4**

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
_____	_____	_____	_____

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Canoeim - PE, 33 de 07 de 18

Local e Data

Cintânia marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA 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 100^a CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX -
DP100^aCIRC DINTER1/14^aDESEC

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/12/2017** às **14:43**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, POR TRAS DO CEMITERIO** - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MACICLEIDE DE MELO SILVA (OUTRO)
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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 SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 220, BAIRRO NOVO - CEP: - Bairro: - CAMOCIM DE SAO 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 (VEICULO) 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 SAO 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 N° 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**

Vitima: **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



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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COO. REINAVAM
1 375496777 4444444444444444 2017

HOME
MACICLEIDE DE SOUZA SILVA

CAMOCIM DE SÃO VÍLIX-PE

011.100.724-06

PLACA
PEB2800

PLACA UNI
*****/PE

CHASSI
9E2JG4110CR402272

ESPECIE
PAS / MOTOCICLIMA

GASOLINA

COMBUSTIVEL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS

ANO/FAB
2011

ANO/MOD
2012

CATEGORIA
PARTIC

COR/DECORANTE
PRETA

VIA	011.100.724-06	EXERCÍCIO 2017	DATA EMISSÃO 14/02/17
	PEB2800		

PRÉMIO TARIFÁRIO
1º 01/02/2018/22/04/2018
2º *****/*****/*****/*****
3º 4444444444444444

DATA DE PAGAMENTO

2011 09 9E2JG4110CR402272

PRÉMIO TARIFÁRIO

09/02/17

DATA DE PAGAMENTO

09/02/17

PRÉMIO TARIFÁRIO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



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, APRESNETANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO, COM DOR EM MSE, MIE, E FACE, REFERE VOMITOS

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. Cardiaca:

QPD / HDA:

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO ONTEM APRESENTANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO COM DOR EM MSE, MIE E FACE. REFERE VOMITOS 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(+) SIMETRICOS. SN: GLASGOW 15, SEM DEFICIT FOCAL, PUPILAS ISOCORICAS, FOTORREAGENTES.

Exames complementares:

HD:

ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Conduta:

SINTOMATICOS

Evolução:



Ass. do Médico

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

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N° 641101
DATA 26/12/17
HORÁRIO: 15 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____

Nome do paciente: Giltemio Marcos dos Santos

Genitora: Vera Lucia dos Santos

Data nasc. 18/05/94 Idade: 23 a Sexo: MASC. FEM. Cor: _____

Endereço: R. Cipriano Alves da Oliveira nº: 220

Bairro: B. Nogueira 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: 31°C + 96

QUEIXA PRINCIPAL: Pulse 75, FR. 30 glámpas/15 por desaceleração vitimado em acidente de moto (motosocialista seu colisão em acidente de trânsito). Diz que estava usando capacete mas apresenta hematomas frontais e fratura.

EXAME FÍSICO: Sens. ipsilateral paralisia, perde de sensibilidade. Seus raios são fratura.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: laringite acicática / cedente de moto. CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

- CD: ① SG 5% sone + Olamp complexo B. (CORRER) RÁPIDO
- ② Expirar Olamp + sone AD EV
- ③ Pele Olamp IH.
- ALTA ④ Celeprofene Olamp 150

após as audições.

mattoffte

Natalia Faria de Britto
Médica
CREMEPE 73574

26 DEZ. 2017

COMPREV		RESIDÊNCIA SIA
COMPREV VITAE / EVIDÊNCIA SIA		
09 ABR 2018		
SINATURA DO MÉDICO CRM / CARIMBO		
PROTÓCOLO		
AGÊNCIA RECIFE		
TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE		
INTERNAMENTO		

*M. Juliano de Oliveira
Supervisionado
09/04/2018*

ALTA HOSPITALAR

DATA / /

HORA: : :

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
NOME: 8.567.204
DATA DE EXPEDIÇÃO: 08/12/2012

FILIAÇÃO:
<< ANTONIO MARCOS DOS SANTOS >>
<< 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

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

invalido

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Marcieleide de Melo Silva,
RG: 6.490.666, data de expedição 10/05/2000
Órgão SSP, portador do CPF 031.100.721-06, com
domicílio na cidade de Canindé de São Félix, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Afonso Alves de Oliveira, nº 192,
complemento lote, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antônio Marcos dos Santos,
cujo o conduto era Antônio Marcos dos Santos.

Veículo: Não

Modelo: Honda CG125 FAN KS

Ano: 2011

Placa: PES 2800

Chassi: 9C2JCA110CR402272

Data do Acidente: 24/12/2017

Local e data do cartório: Canindé 36.01.18

Assinatura do Declarante



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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



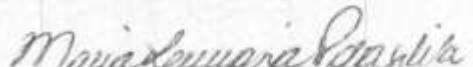
PRÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE CANINDÉ DE SÃO FÉLIX - PE
LAVANTINHO CONSULTANT ALVES - Técnico em Autenticidade - MARIA LUCIANA PONTES DA SILVA - Autenticadora
Início Operações: 198 - Telef.: (81) 3288-000 - Correio de Fazenda: (81) 3283-7700 - carolautenticadora@gmail.com

SILVA, por autenticidade a(s) firma(s) de: MARCIELEIDE DE MELO

SILVA, selo:W075029.EAR09201701.03973

dat. fe. Canindé de São Félix, 16/01/2018 10:06:20

Em testemunha: Maria Luciana Pontes da Silva



Maria Luciana Pontes da Silva

Envolvimentos R\$3,99 - TSNR R\$0,80 Total a Pagar R\$4,79 Oper. B.I
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0000-0000
Inscrição Estadual: 16.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2017125279232 Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DETALHES DA FATURA		MATRÍCULA:	00527923.2	DATA:	12/2017-7
DADOS PESSOAIS		ANTONIO MARCOS DOS SANTOS AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA, N. 00220 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000 INSCRIÇÃO: 035.820.105.0005.165			
TIPO DE CONSUMO		GRUPO: 6 OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00527923.2			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		MATERIAL RESIDENCIAL QUANTIDADE DE CONSUMO RESIDENCIAL: 1 COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO			
RESIDENCIAL: A12U136071		DATA LEIT. ANTERIOR: 29/11/2017 DATA LEIT. ATUAL: 29/12/2017 TIPO DE CONSUMO: MÍDIA HD /			
ÁGUA LEIT. ANT.: 605 LEIT. ATUAL: 615 LEIT. FAT.: 615		CONSUMO: 3 RECORRENTE TAXA MÍNIMA ANORMALIDADE DE LEITURA ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS PARÂMETROS EXIG. PELA PORT. ANALISES REALIZADAS ATENDEM A LEGISLAÇÃO			
11/2017 4/ 10/2017 4/ 09/2017 5/ 08/2017 6/ 07/2017 6/ 06/2017 6/ MÉDIA 3/ 0		TURBIDEZ 23 23 23 COR APARENTE 23 23 23 CLORO RESIDUAL 23 23 23 COLIFORMES TOTAIS 23 23 23 E.Coli 23 23 23			
OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS Ausência em 25% das amostras examinadas. (2)Os parâmetros COLIFORMES TOTAIS, RECHERICHIA 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	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2017 DOACAO AO PRO-CRIANCA 12/2017	3 M3	40,18 0,86 2,50
 COMPREV VIDA E + EVIDÊNCIA S/A 09 ABR 2018 PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE		

ITEM	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
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 DEBITO COM A COMPESA CASO JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.			
Emitido por:	EDINTILDO MIGUEL DA SILVA	Emitido em:	10/03/2018

compeSA	Arpe Agência de Regulação de Pernambuco
ATENDIMENTO: 0800-0810155 VAZAMENTOS: 0800-0810185	0800-2813844
VENCIMENTO:	MATRÍCULA: 00527923.2
15/01/2018	DATA: 12/2017-7
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. Nayara</i>		TARM			Operador de frota <i>Alan</i>	
	Data <i>29/12/17</i>	Hora <i>14:43</i>	ID <i>0130</i>	Nº ocorrência <i>01</i>	Unidade Móvel <i>US3</i>	Base da unidade <i>Camocim</i>	
	Endereço da ocorrência <i>Rua Jucum - Número</i>						Nº
	Bairro <i>Centro</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 <i>M F</i>
	Cartão de saúde - SUS						

Queixa *Acidente*

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 Agravos:
- Acidente Trânsito
 - Pedestre
 - Condutor do veículo
 - Passageiro do veículo
 - Agressão
 - Clínico
 - Desabamento / Soterramento

- Eletrocussão
- FAB
- FAF
- Gineco-obstétrico
- Lesões térmicas
- Pediátrico
- Psiquiátrico
- Quase Afogamento

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

Antecedente:

- AIDS
- Alcoholismo
- Alergia
- AVC
- Cirurgias Realizadas

- Convulsões
- Diabetes
- Doença Cardíaca
- Doença Infecto contagiosa
- Doença Mental
- Doença Renal
- Convulsão
- Diarréia
- Dificuldade Respiratória
- Dor Local
- Febre
- Inconsciente / Desmaio

- 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	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Inicio:	<i>120x80</i>	<i>75</i>	<i>22</i>		<i>93</i>	<i>99%</i>	<i>15</i>
Fim:							

RESPIRAÇÃO:

- Via Aérea:
- Livre
 - Obstrução Parcial
 - Total
 - Corpo Estranho
 - Bronco Aspiração
 - Edema de Glote
 - OBS

 Achados: Crepitante Enfisema Subcutâneo Expectorado mucosa/purulenta Hemoptise Hálito Etílico Outros

- Respiração/Ventilação:
- Espontânea
 - Parada Respiratória
 - Assistida
 - Ritmo irregular

- Ausculta:
- Normal
 - Roncos/sibilos
 - Estenores
 - 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 Ausente
- Perfusão: Normal Retardada Fino Cheio Ausente
- P脉: Regular Irregular Atrito Pericardio Arritmia Sopro
- Ausculta: Normal Hipofonese Não realizado

Principais Lesões	Crânio	Face	PESCOÇO	DORSO	TÓRAX	ABDÔMEN	PELVE	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoceira											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Lacerção											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES:

Segundo no local e volume e encontra-se em ótimo, concreto, quentado, sem fraturas ou lesões ósseas, ótimo para festejo e procedimentos de traumas e hemorragias.

*Juliana Gabista
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PE 1209585*

EXAME NEUROLÓGICO:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Otorragia Esquerda | <input type="checkbox"/> Miase Direita | <input type="checkbox"/> Parestesia |
| <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Sinal Battle Direito | <input type="checkbox"/> Miase Esquerda | <input type="checkbox"/> Arreflexia |
| <input type="checkbox"/> Cansa | <input type="checkbox"/> Sinal Battle Esquerdo | <input type="checkbox"/> Midriase Direita | <input type="checkbox"/> Pupila reageente |
| <input type="checkbox"/> Confusão | <input type="checkbox"/> Sinal de Guixinin Direito | <input type="checkbox"/> Midriase Esquerda | <input checked="" type="checkbox"/> Pupila não reageente |
| <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Sinal de Guixinin Esquerdo | <input type="checkbox"/> Paralisia | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Otorragia Direita | <input type="checkbox"/> Rigidida de Nuca | <input type="checkbox"/> Paresia | |
| | <input type="checkbox"/> Afasia | <input type="checkbox"/> Anestesia | |

SEGMENTO:

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

Abdômen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Distensão | <input type="checkbox"/> Ascite | <input type="checkbox"/> Urogenital: |
| <input type="checkbox"/> Doloroso / Defesa | <input type="checkbox"/> Espinomegalia | <input type="checkbox"/> Anúria |
| <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | <input type="checkbox"/> Giordano Direito |
| <input type="checkbox"/> Irritação peritoneal | <input type="checkbox"/> Irritação peritoneal | <input type="checkbox"/> Giordano Esquedo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Hematuria |
| | | <input type="checkbox"/> Outros: |

Urogenital:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anúria | <input type="checkbox"/> Nascimento |
| <input type="checkbox"/> Giordano Direito | <input type="checkbox"/> Sangramento |
| <input type="checkbox"/> Giordano Esquedo | <input type="checkbox"/> APGAR: |
| <input type="checkbox"/> Hematuria | <input type="checkbox"/> Nascimento |
| <input type="checkbox"/> Outros: | |

GINECO-OBSTÉTRICO:

- | | | | | |
|---|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abortamento | <input type="checkbox"/> Hemorrágia vaginal | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> semanas | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Trabalho de parto: | <input type="checkbox"/> 01 cont./10m | <input type="checkbox"/> 1-3 cont./10m | <input type="checkbox"/> 4-5 cont./10m | <input type="checkbox"/> Bolsa rota |
| <input type="checkbox"/> Parto diaf. | <input type="checkbox"/> Gêmeas | <input type="checkbox"/> Liquido Meconial | <input type="checkbox"/> APGAR: | <input type="checkbox"/> Sangramento |

PROCEDIMENTOS:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desobstrução Vias Aéreas | <input type="checkbox"/> Toracocentose c/ agulha esquerda |
| <input type="checkbox"/> Intubação Nasal: aquela | <input type="checkbox"/> Drenagem Torácica direita |
| <input type="checkbox"/> Câncula Orofaringea | <input type="checkbox"/> Drenagem Torácica Esquerda |
| <input type="checkbox"/> Cricotirepídeostomia | <input type="checkbox"/> Massagem Cardíaca Externa |
| <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica Ambu. | <input type="checkbox"/> Desfibrilação/Cardiovessão |
| <input type="checkbox"/> Respirador | <input type="checkbox"/> Controle Hemorrágia |
| <input type="checkbox"/> Inalação O2 | <input type="checkbox"/> Curativo |
| <input type="checkbox"/> Toracocentose c/ Agulha Direita | <input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica |
| | <input type="checkbox"/> Punção Venosa Central |

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Sonda Gástrica |
| <input type="checkbox"/> Sedação |
| <input type="checkbox"/> Imobilização Membros |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colar Cervical |
| <input type="checkbox"/> Talas/Tração |
| <input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal |
| <input type="checkbox"/> Traqueostomia |
| <input type="checkbox"/> Monitorização Cardíaca / Oximetria |
| <input type="checkbox"/> Outros: |

Diagnósticos:

TERAPÉUTICA

Reposição sanguínea	Volume	Medicação
Ringer lactato		
Sol. Isoosmótico 0,9%		
Sol. Glicosado 0,5%		
Outros		

500 ml

COMPRE VIDA E PROTEGE
09 ABR 2018

PROTOCOLO
RECUSADA RECEPÇÃO

Dose	Via	Horário
60	IV	15:05
Márcia Souza da Costa		
Médica		
CREMEPE 25574		
24 DEZ. 2017		

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR:

União 331

MUNICÍPIO: *Comendador Soárez*

INTERCORRÊNCIA:

PERFECES DO PACIENTE:

Descrição	Name e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro/Aux. Téc. de Enferm.	Condutor
<i>Dra. Nagore</i>	-	<i>Juliana Gabista</i> TÉC. DE ENFERMAGEM COREN-PE 1209585	<i>Rolygon</i>

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: _____

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

119555394-30

Data do Acidente

24/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antônio Marcos dos Santos

CPF do Representante legal

119555394-30

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 PI de fevereiro

Local e Data

(Assinatura do Beneficiário)

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX -
DP100ºCIRC DINTER1/14ºDESEC

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/12/2017** às **14:43**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, POR TRAS DO CEMITERIO** - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MACICLEIDE DE MELO SILVA (OUTRO)
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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 SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 220, BAIRRO NOVO - CEP: - Bairro: - CAMOCIM DE SAO 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 (VEICULO) 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 SAO 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 N° 44401, ONDE TEVE O PRONTO ATENDIMENTO, SEM MAIS, FEZ CIENTE ESTA DEPOL.

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

Antônio 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	CPF titular da conta	Profissão
Antônio Marcos dos Santos	119555394-30	Recurso-se
Endereço	Número	Complemento
AV Afonso Alves de Oliveira	220	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Camocim de São Félix	PE
Email	CEP	
	55665-000	
	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"/> RECUZO 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

4995

13564

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

Camocim 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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

13.555.394.30

Nome completo da vítima

Antônio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antônio Marcos dos Santos	13.555.394.30	pescador - se
Endereço	Número	Complemento
Av. Afonso Alves de Oliveira	220	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Canoeim	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	55665-000	81-99668-4824

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome	NRO.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

1038 **38664** **4**

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTAS NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Canoeim - PE, 33 de 07 de 18

Local e Data

Cintânia marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
NOME: 8.567.204
DATA DE EXPEDIÇÃO: 08/12/2012

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

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

invalido



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, APRESNETANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO, COM DOR EM MSE, MIE, E FACE, REFERE VOMITOS

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. Cardiaca:

QPD / HDA:

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO ONTEM APRESENTANDO ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO COM DOR EM MSE, MIE E FACE. REFERE VOMITOS 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(+) SIMETRICOS. SN: GLASGOW 15, SEM DEFICIT FOCAL, PUPILAS ISOCORICAS, FOTORREAGENTES.

Exames complementares:

HD:

ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Conduta:

SINTOMATICOS

Evolução:



Ass. do Médico

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

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N° 641101
DATA 26/12/17
HORÁRIO: 15 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem:	Profissional ACS:						
Nome do paciente:	<u>Antônio Marcos dos Santos</u>						
Genitora:	<u>Vera Lucia dos Santos</u>						
Data nasc.	<u>18/05/94</u>	Idade:	<u>23 a</u>	Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. () FEM.	Cor:	
Endereço:	<u>R. Cipó Alves da Oliveira</u>			nº:	<u>220</u>		
Bairro:	<u>B. Nogueira</u>			Ponto de referência:			
Nome do acompanhante:	() Filho () Outro						

LOCAL DE OCORRÊNCIA:			
TIPO DE OCORRÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input checked="" type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS
	<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	<input checked="" type="checkbox"/> SUICÍDIO	

PACIENTE CHEGOU:	<input checked="" type="checkbox"/> ANDANDO	<input checked="" type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS
PRESSÃO ARTERIAL:	MAX. <u>130</u>	MIN. <u>80</u>	PESO: <u>HGT=92</u>	TEMP: <u>31°C</u>

QUEIXA PRINCIPAL: Pulse 75, FR. 30 glámpas/15 por desaceleração vitimado em acidente de moto (motociclista seu colisão em acidente de trânsito). Diz que estava usando capacete mas apresenta hematomas frontais e fratura.

EXAME FÍSICO: Sens. ipsilateral paralisia, perde de sensibilidade. Seu rótulo é fratura.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Inurya acústica / lesão de moto. CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

- CD: ① SG 5% sone + Olamp complexo B. (CORRER) RÁPIDO
- ② Expirar Olamp + sone AD EV
- ③ Pele Olamp IH.
- ④ Celeprofene Olamp IIS

ALTA após as audições.

Mattope

Natalia Souza de Britto
Médica
CREMEPE 73574

26 DEZ. 2017

DESTINO DO PACIENTE:	<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO CLÍNICA	<input checked="" type="checkbox"/> COMPREV. RESIDÊNCIA SIA	SINATURA DO MÉDICO CRM / CARIMBO
	<input checked="" type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA		
	<input checked="" type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA		
ALTA HOSPITALAR	PROTÓCOLO		
DATA: _____	HORA: _____	09 ABR 2018	TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
			INTERNAMENTO
		AGÊNCIA RECIFE	ASSINATURA DO MÉDICO CRM / CARIMBO

DATA: _____

HORA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO CRM / CARIMBO

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia

Lindo visto
Paciente ANTONIO MARCOS DOS SANTOS, n° 1000
de andar de motocicleta em 24/12/2017 Seguir
as B.O. de N. 18E0190000011

Sofreu extenso ferimento no ombro esq.
fratado com hérnia + desbridamento + su-
tura + curativos.

O mesmo volta com lesão:
Desprendimento avascular (GCFMZ no
elbow cre.)

Limitar os movimentos ativos de
rotacion do ombro

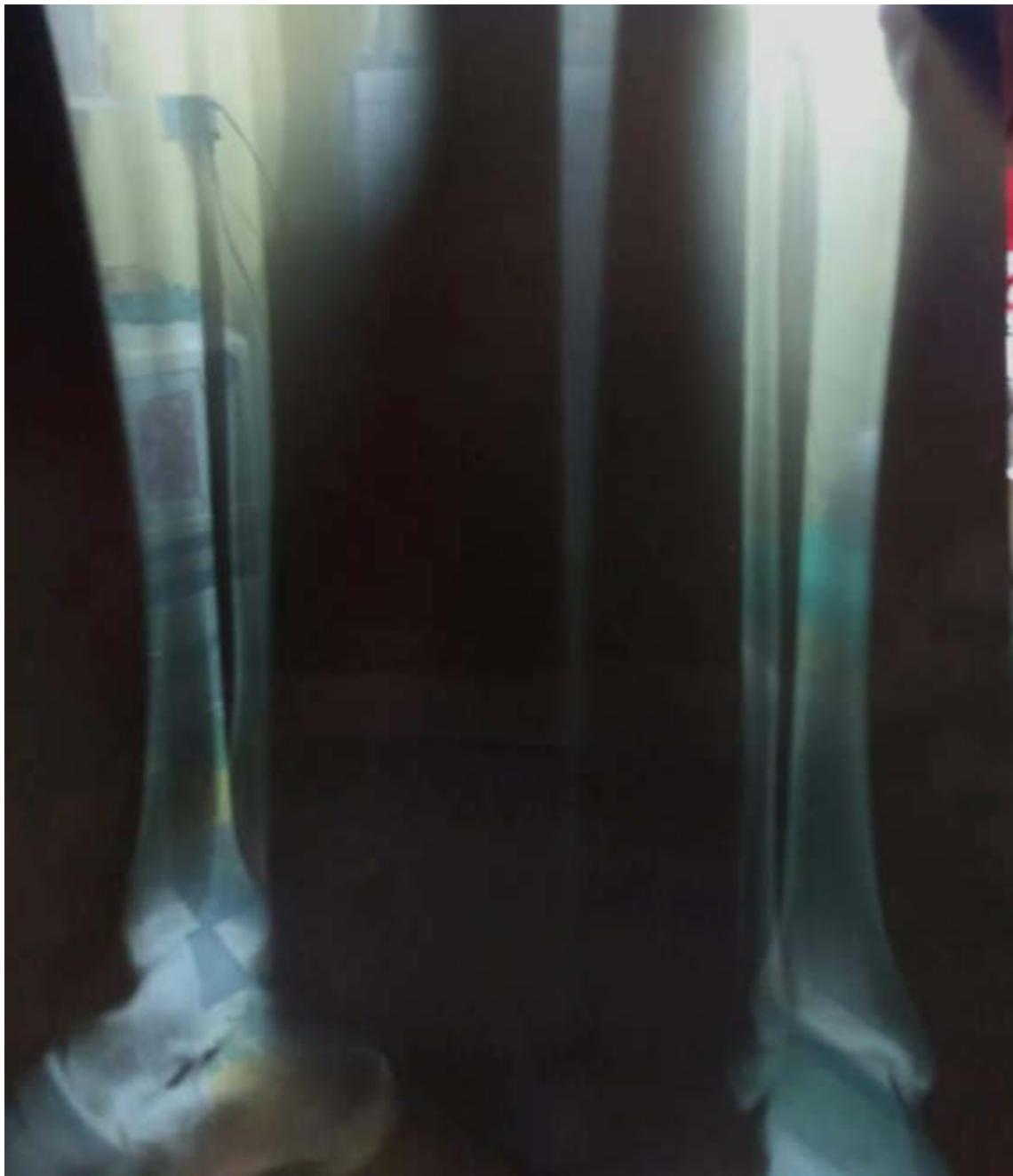
Dr. Pedro Alves Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 8686
CPF: 172.872.231-0

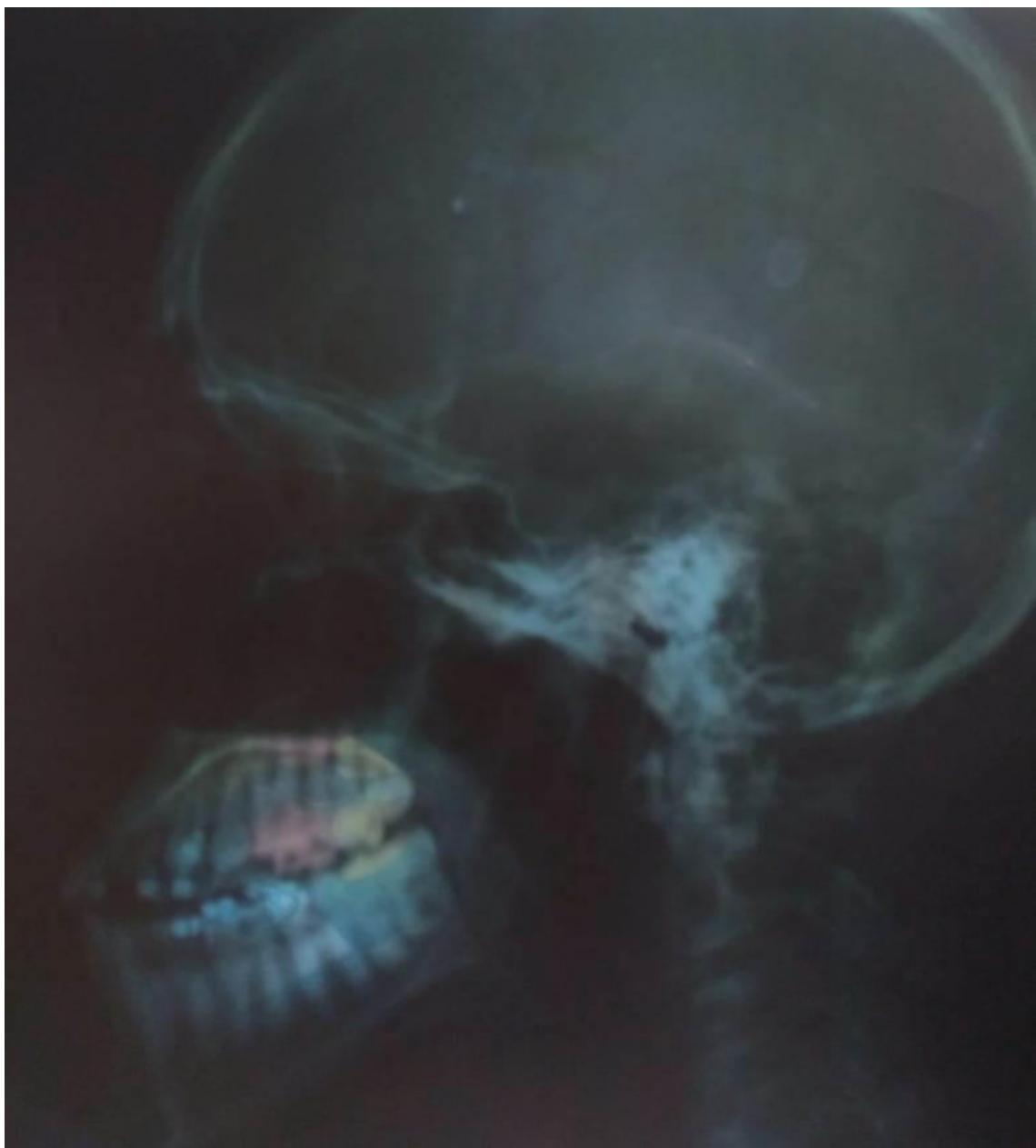
03/09/18

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 SET 2018

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE







Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Marcieleide de Melo Silva,
RG: 6.490.666, data de expedição 10/05/2000
Órgão SSP, portador do CPF 031.100.721-06, com
domicílio na cidade de Canindé de São Félix, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Afonso Alves de Oliveira, nº 192,
complemento Piso, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antônio Marcos dos Santos,
cujo o conduto era Antônio Marcos dos Santos.

Veículo: Não

Modelo: Honda CG125 FAN KS

Ano: 2011

Placa: PES 2800

Chassi: 9C2JCA110CR402272

Data do Acidente: 24/12/2017

Local e data do cartório: Canindé 36.01.18

Assinatura do Declarante



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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



PRÓDIO ÚNICO DA COMARCA DE CANINDÉ DE SÃO FÉLIX - PE
LAWANTHINE CONSULTANT ALVES - Técnica de Autenticidade - MARIA LUCIANA PONTES DA SILVA - Autenticadora
Início Operações: 198 - Telef.: (81) 3288-000 - Correio de Fax: (81) 3283-7176 - e-mail: canindemarcelo@terra.com.br

SILVA, por autenticidade a(s) firma(s) de: MARCIELEIDE DE MELO

SILVA, selo:W075029.EAR09201701.03973

dat. fe. Canindé de São Félix, 16/01/2018 10:06:20

Em testamento nao da verdade Maria Luciana Pontes da Silva

Maria Luciana Pontes da Silva

Envolvimentos R\$3,99 - TSR R\$0,80 Total a Pagar R\$4,79 Oper. D.I
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

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 de Oliveira</u>
Número	<u>220.</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Lambeim de São Félix</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55665 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4819.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Lambeim de São Félix 19/09/2018

Assinatura do Declarante: Antonio Marcos dos Santos





compesa

AVENIDA CRUZ CABUGÁ - 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.compresa.com.br

Nº Documento: 2018085279232 Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

ANTONIO MANCOS DOS SANTOS

AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA, N. 00220 - CENTRO CAMOCIM DE SÃO FELIX PB 33663-000

INSCRIÇÃO: 035.820.105.0005.165

GRUPO: 6

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 00527923.2

第二部分：政治

本章由周易网提供

SISTEMA ÁGUA LIGADO	ESTUARIA ESTADO POTENCIAL	PONTOS CRÍTICOS	QUANTIDADE DE CONDIÇÕES CRÍTICAS		PERÍODO	PONTOS
			CRI	CRIT		
ESTUARIA A12U136071	DAZ. LEIT. ATUALIZADA 31/07/2018		DATA DATA LEIAV. 30/08/2018		PERÍODO DE CONSUMO (AQUA)	MÉDIA HD /
ÁGUA LEIT. ANT.: 636 LEIT. ATUAL: 646 LEIT. FAT.: 646	CONSUMO: 3 RECORRENÇIA TAXA MÍNIMA ANORMALIDADE DE LEITURA		ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 0		
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS				
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO	
07/2018	1/	TURBIDEZ	23	29	29	
06/2018	0/	COR APARENTE	23	29	21	
05/2018	0/	CLORO RESIDUAL	23	29	29	
04/2018	5/	COLIFORMES TOTAIS	23	29	29	
		(E.Coli)	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 COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.						
03/2018	5/					
02/2018	5/					
MÉDIA	2/ 0					

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE	3 M3	41,30
CONSUMO DE AGUA		0,87
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2018		2,50
DOACAO AO PRO-crianca 08/2018		

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

COMPREV
REVISÃO
AGÊNCIA SIA
20 SET 2018
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PIB	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

15/09/2018

44,67

PREZADO CLIENTE, COMUNICAMOS QUE O SISTEMA DE DISTRIBUICAO DE AGUA ENCONTRA-SE EM OPERACAO NESSE ENDERECO E
ESTA COBERTA TOTALE PELO SERVICO CONFORME CATEGORIA DO IMÓVEL.

ANSWER

19/09/2018

compesa

ATENDIMENTO: 0800-0810195
VIAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

15/09/2018

44-67

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

000000000000-1 44630018035-8 00527923201-3 08201830003-5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Identificação	Médico Regulador <i>Dra. Nayara</i>		TARM			Operador de frota <i>Alan</i>	
	Data <i>29/12/17</i>	Hora <i>14:43</i>	ID <i>0130</i>	Nº ocorrência <i>01</i>	Unidade Móvel <i>US3</i>	Base da unidade <i>Camocim</i>	
	Endereço da ocorrência <i>Rua Jucum - Número</i>						Nº
	Bairro <i>Centro</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 <i>M F</i>
	Cartão de saúde - SUS						

Queixa *Acidente*

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 Agravos:
- Acidente Trânsito
 - Pedestre
 - Condutor do veículo
 - Passageiro do veículo
 - Agressão
 - Clínico
 - Desabamento / Soterramento

- Eletrocussão
- FAB
- FAF
- Gineco-obstétrico
- Lesões térmicas
- Pediátrico
- Psiquiátrico
- Quase Afogamento

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

Antecedente:

- AIDS
- Alcoolismo
- Alergia
- AVC
- Cirurgias Realizadas

- Convulsões
- Diabetes
- Doença Cardíaca
- Doença Infecto contagiosa
- Doença Mental
- Doença Renal
- Convulsão
- Diarréia
- Dificuldade Respiratória
- Dor Local
- Febre
- Inconsciente / Desmaio

- 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	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Inicio:	<i>120x80</i>	<i>75</i>	<i>22</i>		<i>93</i>	<i>99%</i>	<i>15</i>
Fim:							

RESPIRAÇÃO:

- Via Aérea:
- Livre
 - Obstrução Parcial
 - Total
 - Corpo Estranho
 - Bronco Aspiração
 - Edema de Glote
 - OBS

 Achados: Crepitante Enfisema Subcutâneo Expectorado mucosa/purulenta Hemoptise Hálito Etílico Outros

- Respiração/Ventilação:
- Espontânea
 - Parada Respiratória
 - Assistida
 - Ritmo irregular

- Ausculta:
- Normal
 - Roncos/sibilos
 - Estenores
 - 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 Ausente
- Perfusão: Normal Retardada Fino Cheio Ausente
- P脉: Regular Irregular Atrito Pericardio Arritmia Sopro
- Ausculta: Normal Hipofonese Não realizado

Principais Lesões	Crânio	Face	PESCOÇO	DORSO	TÓRAX	ABDÔMEN	PELVE	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoceira											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Lacerção											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES:

Segundo no local e volume e encontra-se em ótimo, concreto, quentado, sem fraturas ou lesões ósseas, ótimo para festejo e procedimentos de traumas e hemorragias.

*Juliana Gabista
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PE 1209585*

EXAME NEUROLÓGICO:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Otorragia Esquerda | <input type="checkbox"/> Miase Direita | <input type="checkbox"/> Parestesia |
| <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Sinal Battle Direito | <input type="checkbox"/> Miase Esquerda | <input type="checkbox"/> Arreflexia |
| <input type="checkbox"/> Cansa | <input type="checkbox"/> Sinal Battle Esquerdo | <input type="checkbox"/> Midriase Direita | <input type="checkbox"/> Pupila reageente |
| <input type="checkbox"/> Confusão | <input type="checkbox"/> Sinal de Guixinin Direito | <input type="checkbox"/> Midriase Esquerda | <input checked="" type="checkbox"/> Pupila não reageente |
| <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Sinal de Guixinin Esquerdo | <input type="checkbox"/> Paralisia | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Otorragia Direita | <input type="checkbox"/> Rigidida de Nuca | <input type="checkbox"/> Paresia | |
| | <input type="checkbox"/> Afasia | <input type="checkbox"/> Anestesia | |

SEGMENTO:

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

Abdômen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Distensão | <input type="checkbox"/> Ascite | <input type="checkbox"/> Urogenital: |
| <input type="checkbox"/> Doloroso / Defesa | <input type="checkbox"/> Espinomegalia | <input type="checkbox"/> Anúria |
| <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | <input type="checkbox"/> Giordano Direito |
| <input type="checkbox"/> Irritação peritoneal | <input type="checkbox"/> Irritação peritoneal | <input type="checkbox"/> Giordano Esquedo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Hematuria |
| | | <input type="checkbox"/> Outros: |

Urogenital:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anúria | <input type="checkbox"/> Nascimento |
| <input type="checkbox"/> Giordano Direito | <input type="checkbox"/> Sangramento |
| <input type="checkbox"/> Giordano Esquedo | <input type="checkbox"/> APGAR: |
| <input type="checkbox"/> Hematuria | <input type="checkbox"/> Nascimento |
| <input type="checkbox"/> Outros: | |

GINECO-OBSTÉTRICO:

- | | | | | |
|---|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abortamento | <input type="checkbox"/> Hemorrágia vaginal | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> semanas | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Trabalho de parto: | <input type="checkbox"/> 01 cont./10m | <input type="checkbox"/> 1-3 cont./10m | <input type="checkbox"/> 4-5 cont./10m | <input type="checkbox"/> Bolsa rota |
| <input type="checkbox"/> Parto diaf. | <input type="checkbox"/> Gêmeas | <input type="checkbox"/> Liquido Meconial | <input type="checkbox"/> APGAR: | <input type="checkbox"/> Sangramento |

PROCEDIMENTOS:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desobstrução Vias Aéreas | <input type="checkbox"/> Toracocentose c/ agulha esquerda |
| <input type="checkbox"/> Intubação Nasal: aquela | <input type="checkbox"/> Drenagem Torácica direita |
| <input type="checkbox"/> Câncula Orofaringea | <input type="checkbox"/> Drenagem Torácica Esquerda |
| <input type="checkbox"/> Cricotirepídeostomia | <input type="checkbox"/> Massagem Cardíaca Externa |
| <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica Ambu. | <input type="checkbox"/> Desfibrilação/Cardiopressão |
| <input type="checkbox"/> Respirador | <input type="checkbox"/> Controle Hemorrágia |
| <input type="checkbox"/> Inalação O2 | <input type="checkbox"/> Curativo |
| <input type="checkbox"/> Toracocentose c/ Agulha Direita | <input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica |
| | <input type="checkbox"/> Punção Venosa Central |

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Sonda Gástrica |
| <input type="checkbox"/> Sedação |
| <input type="checkbox"/> Imobilização Membros |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colar Cervical |
| <input type="checkbox"/> Talas/Tração |
| <input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal |
| <input type="checkbox"/> Traqueostomia |
| <input type="checkbox"/> Monitorização Cardíaca / Oximetria |
| <input type="checkbox"/> Outros: |

Diagnósticos:

TERAPÉUTICA

Reposição sanguínea	Volume	Medicação
Ringer lactato		
Sol. Isoosmótico 0,9%		
Sol. Glicosado 0,5%		
Outros		

500 ml

COMPRE VIDA E PROTEGE
09 ABR 2018
PROTÓCOLO
RECUPERAÇÃO RECEPCAO

Dose	Via	Horário
60	IV	15:05
Márcia Souza da Costa		
Médica		
CREMEPE 25574		
24 DEZ. 2017		

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR:

União 331

MUNICÍPIO: *Comendador Soárez*

INTERCORRÊNCIA:

PERFECES DO PACIENTE:

Descrição	Name e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro/Aux. Téc. de Enferm.	Condutor
<i>Dra. Nagore</i>	-	<i>Juliana Gabista</i> TÉC. DE ENFERMAGEM COREN-PE 1209585	<i>Rolygon</i>

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: _____