



Número: **0019968-81.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO MARCOS DOS SANTOS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65376775	28/07/2020 13:18	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0190000011**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **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**



05/01/2018 14:51



Complemento / Observação

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

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

Antonio Marcos dos Santos

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
(VITIMA)

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



05/01/2018 14:51



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

Antonio Marcos dos Santos

CPF da Vítima

119555394-30

Data do Acidente

24/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antonio 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 01 de fevereiro de 2018

Local e Data

Antonio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FLA 1001 V001/2017





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

99.555.334.30

Nome completo da vítima

Antonio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antonio Marcos dos Santos	99.555.334.30	recebeu-se
Endereço	Número	Complemento
Av: Afonso Alves de Oliveira	230	-
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	55665-000
Email	Telefone (DDD)	
	81-80668-4824	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

Camecin - PE, 13 de 07 de 18

Local e Data

Antonio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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

FAPPF.001 V001/2017



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

[☒] Sim [☐] Não

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

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

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

[☐] Sim [☒] Não

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

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: Extenso ferimento corto contuso em ombro esquerdo.

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

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 19/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 013128614040

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 375496777 RÁDIO 2017

MACIELEIDE DE MELO SILVA

CAMOCIM DE SÃO FELIX-PE

011 100 724-06 PLACA FRS2800

PLACA ANT./L. 992204110CR402272

PAS /MOTOCICLETA CASOLINA

HOMBA/OG 125 FAN XS 2011 2012

2P/124CL CATEGORIA PRATEA

IPVA 2017 QUITADO

IPVA 2017 QUITADO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE DEPÓSITO OBRIGATORIO

CAMOCIM 14/02/17

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR

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

PE Nº 013128614040 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MACIELEIDE DE MELO SILVA
AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA 192 55665-000
CASA CENTRO CAMOCIM DE SÃO FELIX-PE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

011 100 724-06 PLACA FRS2800

PLACA ANT./L. 992204110CR402272

HOMBA/OG 125 FAN XS 2011 2012

2P/124CL CATEGORIA PRATEA

IPVA 2017 QUITADO

IPVA 2017 QUITADO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO



013128614040
RECIBO PE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.
COMPREV
09 ABR 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

FRS2800

375496777



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Ato

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Data Nascimento: 18/05/1994

Idade: 23 Anos, 7 Meses e 7 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01064883

Prontuário: 00433740

Senha N.º: **0066**

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

CLASSIFICAÇÃO:

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

Alergia:

Observação:

DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC: SUS

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 98 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 82 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca:

QPD / HDA:

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

Exame Físico:

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

Exames complementares:

HD:

ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Conduta:

SINTOMÁTICOS

Evolução:



Ass. do Médico

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

CRM - 25808

Av. José Marques Fontes, S/N

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____

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

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

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. 130 MIN. 80 PESO: 68 T: 36,5 TEMP: 36,5

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

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

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

EXAMES SOLICITADOS: _____

TRATAMENTO PROPOSTO:

- CD: ① SG 5% 500ml + Olamp complexo B. (CORRETO)
② Dipirona Olamp + 10ml AD EV (RÁPIDO)
③ Pecele Olamp 1H.

ALTA

④ Celeprofeno Olamp 1H

após as indicações.

matelapto

Nathalia Farias de Faria
Médica
CREMEPE 25574

24 DEZ. 2017

Dr. Juliano Oliveira
Enfermeiro
CREFEN 51943

DESTINO DO PACIENTE:

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

ALTA HOSPITALAR

DATA: _____ HORA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO



Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia

Unso unso
Joaquim ANTONIO MATEOS DOS SANTOS, natural
de arde de uonocleria em 24/12/2017 segun
do B.O de N: 18E0190000011

Expe extenso fraturas no osso do
tratado com hupex + debridamento + su-
tura + curativos

O osso evolui com feixes:
- Depressão avulsiva (GCPM no
osso do.)

- limitas do osso do
Rotacao do osso

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8584
CPF: 172.872.334-01

Alt. Substancial de parte

03/09/18

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





Comprev

Invalidadez



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Marcos dos Santos,

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

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av Afonso Alves de Oliveira</u>
Número	<u>220</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Lameirim de São Felix</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55665-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.2668-4819</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Antonio Marcos dos Santos





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

Nº Documento: 2018085279232

Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

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 GRUPO: 6 OPÇÃO DÊB. AUTOMÁTICO: 00527923.2
08/2018-3

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3		41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE	07/2018		0,87
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA	08/2018		2,50



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

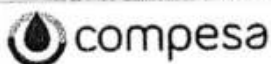
VALIDADEZ: 15/09/2018

TOTAL A PAGAR: 44,67

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

Emitted por: INTERNET

Emitted em: 19/09/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 00527923.2 08/2018-3

VALIDADEZ: 15/09/2018

TOTAL A PAGAR: 44,67

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

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



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maieleide de Melo Silva,
RG: 6.490.666, data de expedição 10/05/2000
Órgão SSP, portador do CPF 011.100.724-06, com
domicílio na cidade de Camocim de São Felix, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Apo Alves de Oliveira, nº 192,
complemento Passa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antonio Marcos dos Santos,
cujo o conduto era Antonio Marcos dos Santos.

Veículo: Moto

Modelo: Honda/CG125 FAN KS

Ano: 2011

Placa: PE5 2800

Chassi: 9C2JC4810CR402272

Data do Acidente: 24/12/2017

Local e data do cartório: Camocim 16.01.18

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE CAMOCIM DE SÃO FELIX - PE
LARIANTINE CARVALHO ALVES - Titular do Ministério Público - MPPR
DIRETORIA DE SERVIÇOS - Rua - CEP 55000-000 - Camocim de São Felix - PE - Fone: (081) 3343-0000 - e-mail: dse@tjpe.jus.br

RECEBI, por autenticidade a(s) firma(s) de: MAIELEIDE DE MELO SILVA selos:0075028.EAR09201701.03973
dou fe. Camocim de São Felix, 16/01/2018 10:08:20

Em testemunho da verdade

Maria Luciana Pontes da Silva
Maria Luciana Pontes da Silva
Emolumentos R\$3,99 - TSNR R\$10,80 - Total a Pagar R\$14,79 - Oper. E.I
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 00000-
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2017125279232

Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

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

GRUPO: 6

MATRÍCULA:

00527923.2

12/2017-7

OPÇÃO DÉS. AUTOMÁTICO: 00527923.2

RESUMO

RESUMO DA FATURA

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE MONTANTES DOMESTICA	INDUSTRIAL	PÚBLICO
RESIDENCIAL AL2U136071	DATA LEIT. ANTERIOR 29/11/2017	DATA LEIT. ATUAL 29/12/2017	TIPO DE CONSUMIDOR MÉDIA HD /		
ÁGUA LEIT. ANT.: 605 LEIT. ATUAL: 615 LEIT. FAT.: 615	CONSUMO: 3 RECORRENCIA TAXA MINIMA ANORMALIDADE DE LEITURA	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 0		
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
11/2017 4/	A [REDACTED]	TURBIDEZ	23	23	23
10/2017 4/	A [REDACTED]	COR APARENTE	23	23	16
09/2017 5/	A [REDACTED]	COLOR. RESIDUAL	23	23	23
08/2017 6/	A [REDACTED]	COLIFORMES TOTAIS	23	23	21
07/2017 0/	A [REDACTED]	S. COLI	23	23	23
06/2017 0/	A [REDACTED]	OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ENTERICOCHIA COLI E COLOR. RESIDUAL, SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			
MÉDIA 3/ 6	A [REDACTED]				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2017

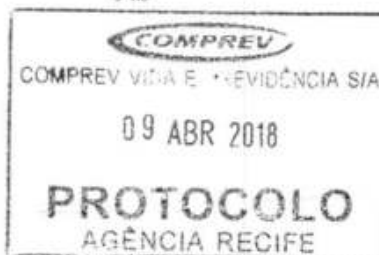
DOACAO AO PRO-CRIANÇA 12/2017

3 M3

40,18

0,86

2,50



DESCRIÇÃO	TAXA DE SERVIÇO	CONSUMO (M3)	VALOR DO SERVIÇO
PIS	40,18	1,65	0,66
COFINS	40,18	7,60	3,05

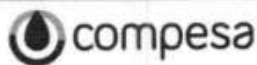
VENCIMENTO: 15/01/2018

TOTAL A PAGAR: 43,54

EM 31/12/2017, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO COM A COMPEA CASO JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

Emitido por: EDINILDO MIGUEL DA SILVA

Emitido em: 18/01/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810155
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

00527923.2

12/2017-7

VENCIMENTO: 15/01/2018

TOTAL A PAGAR: 43,54

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPEA

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: Antonio Marcos dos Santos CPF da Vítima: 119555394-30 Data do Acidente: 24/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Antonio 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 de 01 de fevereiro de _____
Local e Data

Antonio Marcos dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAI 1001 V001/2017





Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto
Secretaria Municipal de Saúde



Identificação	Médico Regulador <i>Dra. Nayana</i>			TARM		Operador de frota <i>Alon</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 Joaquim Nabuco</i>						Nº
	Bairro <i>Coque</i>			Município <i>Camocim</i>			
	Ponto de referência <i>Por trás do Cemitério / Em Via Pública</i>						
	Nome da vítima <i>Antônio Marcos dos Santos</i>					Idade <i>22</i>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Solicitante / Fone			Cartão de saúde - SUS				

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

☐ Transferência (senha):

Tipo de Agravamento:

☐ Acidente Trânsito

☐ Pedestre

☒ Condutor do veículo

☐ Passageiro do veículo

☐ Agressão

☐ Clínico

☐ Desabamento / soterramento

Antecedente:

☐ AIDS

☒ Alcoolismo

☐ Alergia

☐ AVC

☐ Cirurgias Realizadas

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

☐ Agitação/agressividade

☐ Alergia

☐ Ausência de pulso

☐ Cianose

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

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início:	<i>120x80</i>	<i>75</i>	<i>22</i>		<i>98</i>	<i>99%</i>	<i>15</i>
Fim:							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

☒ Livre

☐ Obstrução Parcial

☐ Total

☐ Corpo Estranho

☐ Bronco Aspiração

☐ Edema de Glote

☐ OBS

Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☒ Hálito Fétido ☐ Outros

Respiração/Ventilação:

☒ Espontânea

☐ Parada Respiratória

☐ Assistida

☐ Ritmo irregular

Ausulta:

☐ Normal

☐ Roncos/sibilos

☐ Estentores

☐ Diminuição MV

☐ Ausência MV

Expansibilidade:

☐ Normal

☐ Superficial

☐ Regular

☐ Irregular

CIRCULAÇÃO:

Pele: ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros

Edema: ☒ Ausente ☐ Palpebral ☐ M Inferiores ☐ Anasarca

Perfusão: ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☒ Cheio ☐ Ausente

Ausulta: ☒ Normal ☐ Hipofonese ☐ Atrito Pericardio ☐ Arritmia ☐ Sopros

ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado



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

OBSERVAÇÕES:

chegando no local e
usando o protocolo
sem episódios, com
queixas, sem fraturas
so encoracado, de
zodo do feto, de
protocolo de triagem
e hemodinâmica

EXAME NEUROLÓGICO:

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

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

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

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

SEGMENTO:

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

Abdômen:

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

Urogenital:

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

GINECO-OBSTÉTRICO:

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

PROCEDIMENTOS:

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

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

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

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA

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

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: UH 313

MUNICÍPIO: Leme

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
Dr. Nogueira		Juliana Gabriela Téc. de Enfermagem COREN-PE 1209585	Robson

TERMO DE RECUSA:

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

RG ou CPF:

Assinatura:

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





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

93.555.394.30

Nome completo da vítima

Antonio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Antonio Marcos dos Santos	CPF titular da conta	93.555.394.30	Profissão	recebeu-se
Endereço	Av: Afonso Alves de Oliveira	Número	220	Complemento	
Bairro	Centro	Estado	PE	CEP	55665-000
Cidade	Camecin			Telefone (DDD)	81-80668-4824
Email					

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

Camecin - PE, 13 de 07 de 18

Local e Data

Antonio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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

FAPPF.001 V001/2017





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0190000011**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **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**



05/01/2018 14:51



Complemento / Observação

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

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

Antonio Marcos dos Santos

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
(VITIMA)

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



05/01/2018 14:51



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180420073**

Vítima: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00319/00320 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13507594



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

Pag. 01947/01948 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13432824



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180420073**

Vítima: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13358647

Pag. 00529/00530 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180420073**

Vítima: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: 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

Pag. 00181/00182 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13356077



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 013128614040

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 375496777 RÁDIO 2017

MARCIEIDE DE MELO SILVA

CANOCIM DE SAO FELIX-PE

011 100 724-06

PLACA FRS2800

PLACA ANT/LP

9C2J04110CR402272

PAS /MOTOCICLETA

CASOLINA

HONDA/CG 125 FAN XS

2011 2012

2P/124CL

PARTIC

PRETA

IPVA 2017 QUITADO

1º 2º 3º

V 1

3º

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CANOCIM

14/02/17

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR

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

PE Nº 013128614040 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCIEIDE DE MELO SILVA
AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA 192 55665-000
CASA CENTRO CANOCIM DE SAO FELIX-PE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

011 100 724-06

PLACA FRS2800

VIA 375496777

2017 14/02/17

HONDA/CG 125 FAN XS

2011 09

9C2J04110CR402272

PREMIO TARIFARIO

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO BILHETE (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

QUANTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

QUANTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

QUANTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

ESTE NÃO É O SEU BILHETE DPVAT



013128614040
RECIBO PE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

COMPREV COMPREV VIDA E REVENDICIA S/A

09 ABR 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

FRS2800

375496777

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do 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

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Data Nascimento: 18/05/1994

Idade: 23 Anos, 7 Meses e 7 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01064883

Prontuário: 00433740

Senha N.º: **0066**

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

CLASSIFICAÇÃO:

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

Alergia:

Observação:

DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC: SUS

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 98 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 82 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca:

QPD / HDA:

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

Exame Físico:

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

Exames complementares:

HD:

ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Conduta:

SINTOMÁTICOS

Evolução:

Ass. do Médico

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

CRM - 25808

Av. José Marques Fontes, S/N

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____

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

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

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. 130 MIN. 80 PESO: 167 ALT: 1,70 TEMP: 36,2

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

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

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

EXAMES SOLICITADOS: _____

TRATAMENTO PROPOSTO:

- CD: ① SG 5% 500ml + Olamp complexo B. (CORRETO)
② Dipirona Olamp + 10ml AD EV (RÁPIDO)
③ Peceol Olamp 1H.

ALTA

④ Celeprofeno Olamp 1H

após as indicações.

matopisto

Nathalia Farias de Faria
Médica
CREMEPE 25574

24 DEZ. 2017

DESTINO DO PACIENTE:

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

ALTA HOSPITALAR

DATA: _____ HORA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

PROT. 1 - 147 - 12/2016 - 14/11/2016 - 14/11/2016





Comprev

Invalidadez



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maieleide de Melo Silva,
RG: 6.490.666, data de expedição 10/05/2000
Órgão SSP, portador do CPF 011.100.724-06, com
domicílio na cidade de Camocim de São Felix, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Apo Alvez de Oliveira, nº 192,
complemento Passa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antonio Marcos dos Santos,
cujo o conduto era Antonio Marcos dos Santos.

Veículo: Moto

Modelo: Honda/CG125 FAN KS

Ano: 2011

Placa: PE5 2800

Chassi: 9C2JC4810CR402272

Data do Acidente: 24/12/2017

Local e data do cartório: Camocim 16.01.18

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE CAMOCIM DE SÃO FELIX - PE
LARIANTINE CARVALHO ALVES - Titular do Ministério Público - MPPR
DIRETORIA DE SERVIÇOS - Rua - CEP 55000-000 - Camocim de São Felix - PE - Fone: (35) 3342-0000 - e-mail: dse@tjpe.jus.br

RECEBI, por autenticidade a(s) firma(s) de: MAIELEIDE DE MELO SILVA selos:0075028.EAR09201701.03973
dou fe. Camocim de São Felix, 16/01/2018 10:08:20

Em testemunho da verdade

Maria Luciana Pontes da Silva
Mária Luciana Pontes da Silva
Emolumentos R\$3,99 - ISNR R\$0,80 - Total a Pagar R\$4,79 - Oper. E.I
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 00000-
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2017125279232

Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE: 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 GRUPO: 6
MÉTRICA: 00527923.2 12/2017-7
OPÇÃO DÉS. AUTOMÁTICO: 00527923.2

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE MONTANTES	INDUSTRIAL	PÚBLICO
LIGADO	POTENCIAL		DOMESTICA		
RESIDENCIAL	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMIDOR / MEDIA HD /		
AL2U136071	29/11/2017	29/12/2017			
ÁGUA	CONSUMO: 3	ESGOTO	VOLUME: 0		
LEIT. ANT.: 605	RECORRENCIA TAXA MINIMA	LEIT. ANT.:			
LEIT. ATUAL: 615	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 615		LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
11/2017 4/	A	PARÂMETROS	EXIG. PELA POST. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
10/2017 4/	A	TURBIDEZ	23	23	23
09/2017 5/	A	COR APARENTE	23	23	16
08/2017 6/	A	COLOR. RESIDUAL	23	23	23
07/2017 0/	A	COLIFORMES TOTAIS	23	23	23
06/2017 0/	A	S. Coli	23	23	23
MÉDIA 3/ 6	B	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AGÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, PESQUISA COLI E COLOR. 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\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE	3 M3	40,18
CONSUMO DE ÁGUA		0,86
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2017		2,50
DOACAO AO PRO-CRIANÇA 12/2017		

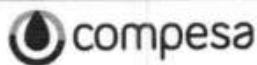
COMPREV
COMPREV VIDA E EVIDÊNCIA S/A
09 ABR 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

TARIFAS	TAXA DE ABASTECIMENTO	CONSUMO (M3)	VALOR DO SERVIÇO
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 COMPEA CASO JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

Emitido por: EDINILDO MIGUEL DA SILVA Emitido em: 18/01/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810155
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MÉTRICA: 00527923.2 12/2017-7

VENCIMENTO: 15/01/2018

TOTAL A PAGAR: 43,54

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPEA

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



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto
Secretaria Municipal de Saúde



Identificação	Médico Regulador <i>Dra. Nayana</i>			TARM		Operador de frota <i>Alon</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 Joaquim Nabuco</i>						Nº
	Bairro <i>Coque</i>			Município <i>Camocim</i>			
	Ponto de referência <i>Por trás do Cemitério / Em Via Pública</i>						
	Nome da vítima <i>Antônio Marcos dos Santos</i>					Idade <i>22</i>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Solicitante / Fone			Cartão de saúde - SUS				

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

☐ Transferência (senha):

Tipo de Agravamento:

☐ Acidente Trânsito

☐ Pedestre

☒ Condutor do veículo

☐ Passageiro do veículo

☐ Agressão

☐ Clínico

☐ Desabamento / Soterramento

Antecedente:

☐ AIDS

☒ Alcoolismo

☐ Alergia

☐ AVC

☐ Cirurgias Realizadas

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

☐ Agitação/agressividade

☐ Alergia

☐ Ausência de pulso

☐ Cianose

☐ Eletrocussão

☐ FAF

☐ FAF

☐ Gineco-obstétrico

☐ Lesões térmicas

☐ Pediátrico

☐ Psiquiátrico

☐ Quase Afogamento

☐ Queda

☐ Metro

☐ Queimadura

☐ Térmica

☐ Química

☐ Elétrica

☐ Outros

☐ 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

☐ Síncope

☐ Outros:

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

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início:	<i>120x80</i>	<i>75</i>	<i>22</i>		<i>98</i>	<i>99%</i>	<i>15</i>
Fim:							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

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

Respiração/Ventilação:

- ☒ Espontânea
- ☐ Parada Respiratória
- ☐ Assistida
- ☐ Ritmo irregular

Ausculta:

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

Expansibilidade:

- ☐ Normal
- ☐ Superficial
- ☐ Regular
- ☐ Irregular

Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☒ Hálito Fétido ☐ Outros

CIRCULAÇÃO:

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



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

OBSERVAÇÕES:

chegando no local e
usando o protocolo
sem episódios, com
queimado, sem fraturas
so encoracado, de
zodo joelho, de
protocolo de
e hemodinâmica

EXAME NEUROLÓGICO:

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

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

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

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

SEGMENTO:

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

Abdômen:

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

Urogenital:

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

GINECO-OBSTÉTRICO:

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

PROCEDIMENTOS:

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

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

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

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA

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

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: UH 313

MUNICÍPIO: Lemeão

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
Dr. Nogueira		Juliana Gabriela Téc. de Enfermagem COREN-PE 1209585	Robson

TERMO DE RECUSA:

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

RG ou CPF:

Assinatura:

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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Antonio Marcos dos Santos CPF da Vítima: 119555394-30 Data do Acidente: 24/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Antonio 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 de 01 de fevereiro de _____
Local e Data

Antonio Marcos dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAI 1001 V001/2017





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0190000011**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **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**



05/01/2018 14:51



Complemento / Observação

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

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

Antonio Marcos dos Santos

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS
(VITIMA)

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



05/01/2018 14:51



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	Nome completo da vítima
	119555394-30	Antonio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)							
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA		CONTA		AGÊNCIA		CONTA	
NRO.		NRO.		NRO.		NRO.	
4995		13564					
D/V		D/V		D/V		D/V	
		3					
(Informar dígito se existir)		(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

Antonio 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

93.555.394.30

Nome completo da vítima

Antonio Marcos dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antonio Marcos dos Santos	93.555.394.30	recebeu-se
Endereço	Número	Complemento
Av: Afonso Alves de Oliveira	220	-
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	55665-000
Email	Telefone (DDD)	
	81-80668-4824	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

Camecin - PE, 13 de 07 de 18

Local e Data

Antonio Marcos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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

FAPPF.001 V001/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 013128614040

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 375496777 RÁDIO 2017

MACIELEIDE DE MELO SILVA

CANOCIM DE SAO FELIX-PE

011 100 724-06 PLACA FRS2800

PLACA ANT./L. 992204110CR402272

PAS /MOTOCICLETA CASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2011 2012

2P/124CL CATEGORIA PRATEA

IPVA 2017 QUITADO

IPVA 2017 QUITADO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CANOCIM 14/02/17

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR

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

PE Nº 013128614040 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MACIELEIDE DE MELO SILVA
AV AFRO ALVES DE OLIVEIRA 192 55665-000
CASA CENTRO CANOCIM DE SAO FELIX-PE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

011 100 724-06 PLACA FRS2800

375496777 BOMBA/CG 125 FAN KS

2011 09 992204110CR402272

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO



013128614040
RECIBO PE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.
COMPREV
09 ABR 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

FRS2800

375496777



Comprev

Invalidadez





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Ato

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS**

Data Nascimento: 18/05/1994

Idade: 23 Anos, 7 Meses e 7 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01064883

Prontuário: 00433740

Senha N.º: **0066**

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

CLASSIFICAÇÃO:

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

Alergia:

Observação:

DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC: SUS

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 98 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 82 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

HGT:

QPD / HDA:

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

Exame Físico:

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

Exames complementares:

HD:

ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO

Conduta:

SINTOMÁTICOS

Evolução:



Ass. do Médico

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

CRM - 25808

Av. José Marques Fontes, S/N

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



**UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO**

REGISTRO Nº: 44401
DATA: 24/12/17
HORÁRIO: 15 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
Nome do paciente: Antonio Marcos dos Santos
Genitora: Vera Lucia dos Santos
Data nasc. 18/05/94 Idade: 23 a Sexo: ☒ MASC. () FEM. Cor: _____
Endereço: R. Ciro Alves de Oliveira nº: 220
Bairro: B. Nova Ponto de referência: _____
Nome do acompanhante: _____ () Filho () Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____

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

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

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. 130 MIN. 80 PESO: 68 ALT: 1,70 TEMP: 36,5

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

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

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

EXAMES SOLICITADOS: _____

TRATAMENTO PROPOSTO:

- CD: ① SG 5% 500ml + Olamp complexo B. (CORRETO)
② Dipirona Olamp + 10ml AD EV (RÁPIDO)
③ Pecele Olamp IM

ALTA

após as indicações.

matopisto

Nathalia Farias de Faria
Médica
CREMEPE 25574

24 DEZ. 2017

DESTINO DO PACIENTE:

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

ALTA HOSPITALAR

DATA: _____ HORA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

PROT. 1 - 147 - 12/2016 - 14/11/2016 - 14/11/2016



Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia

União União
Paciente ANTONIO MANOEL DOS SANTOS, natural
de arvore de matozinhos em 24/12/2017 segun-
do B.O de N: 18E0190000011

Exame extenso fraturas no osso do
tratado com hastes + desbridamento + su-
tura + curativos

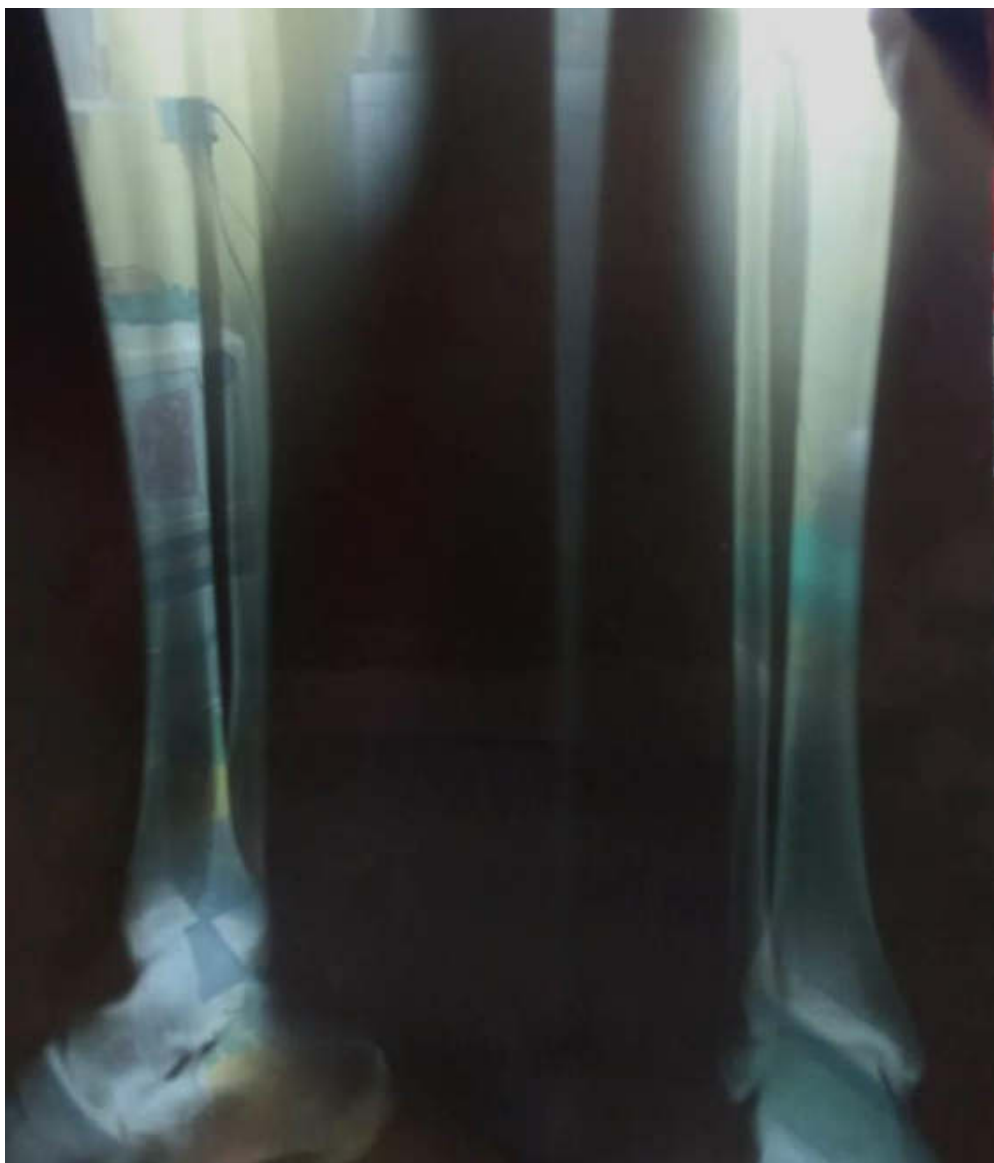
O osso evoluiu com feições:
- Deformidade angular (GATIZ no
osso do.)

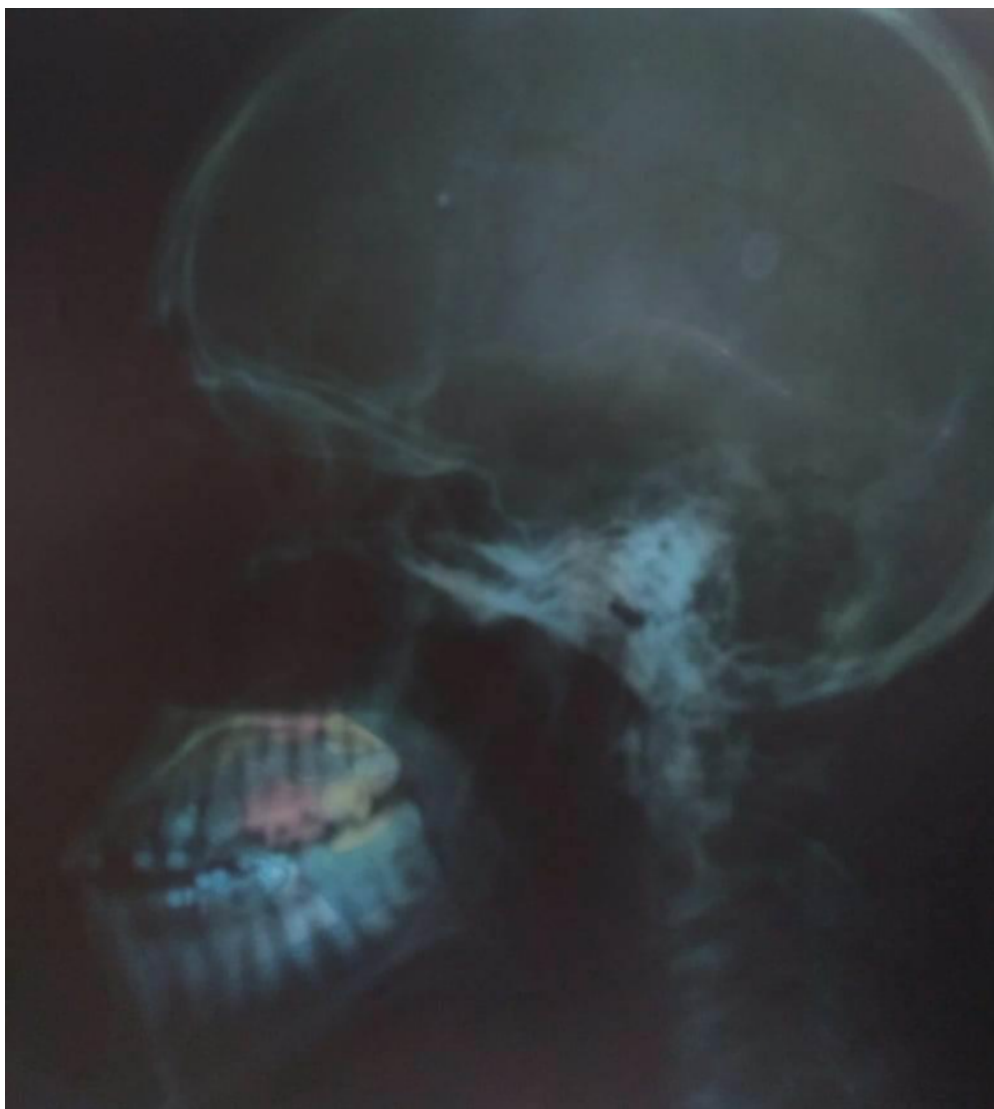
- limitação do movimento ativo de
rotação do osso

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8584
CPF: 172.872.334-04
Alto subclavicular direita
03/09/18

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









Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Macleide de Melo Silva,
RG: 6.490.666, data de expedição 10/05/2000
Órgão SSP, portador do CPF 011.100.724-06, com
domicílio na cidade de Camocim de São Felix, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Apo Alvez de Oliveira, nº 192,
complemento Passa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antonio Marcos dos Santos,
cujo o conduto era Antonio Marcos dos Santos.

Veículo: Moto

Modelo: Honda/CG125 FAN KS

Ano: 2011

Placa: PE5 2800

Chassi: 9C2JC4810CR402272

Data do Acidente: 24/12/2017

Local e data do cartório: Camocim 16.01.18

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE CAMOCIM DE SÃO FELIX - PE
LARIANTINE CARVALHO ALVES - Titular do Ministério Público - Endereço: Rua 15 de Novembro, 100 - Centro - Camocim de São Felix - PE - CEP: 55000-000 - Telefone: (081) 3442-1100 - e-mail: carvalhosalves@mp.pe.gov.br

RECEBI, por autenticidade a(s) firma(s) de: MACLEIDE DE MELO
SILVA selos:0075028.EAR09201701.03973
dou fe. Camocim de São Felix, 16/01/2018 10:08:20

Em testemunho da verdade

Maria Luciana Pontes da Silva
Enolumentos R\$3,99 - ISNR R\$0,80 - Total a Pagar R\$4,79 - Oper. E.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 Alves de Oliveira</u>
Número	<u>220.</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Lameirim de São Felix</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55665-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9. 2668-4819</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Antonio Marcos dos Santos





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

Nº Documento: 2018085279232

Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

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 GRUPO: 6 OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00527923.2 08/2018-3

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE	07/2018	0,87
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA	08/2018	2,50



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

VALIDADEZ: 15/09/2018

TOTAL A PAGAR: 44,67

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

Emitted por: INTERNET

Emitted em: 19/09/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRICULA: 00527923.2 08/2018-3

VALIDADEZ: 15/09/2018

TOTAL A PAGAR: 44,67

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

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



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto
Secretaria Municipal de Saúde



Identificação	Médico Regulador <i>Dra. Wanyana</i>			TARM		Operador de frota <i>Alon</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 Joaquim Nabuco</i>						Nº
	Bairro <i>Coque</i>			Município <i>Camocim</i>			
	Ponto de referência <i>Por trás do Cemitério / Em Via Pública</i>						
	Nome da vítima <i>Antônio Marcos dos Santos</i>					Idade <i>22</i>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Solicitante / Fone			Cartão de saúde - SUS				

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

☐ Transferência (senha):

Tipo de Agravamento:

☐ Acidente Trânsito

☐ Pedestre

☒ Condutor do veículo

☐ Passageiro do veículo

☐ Agressão

☐ Clínico

☐ Desabamento / soterramento

Antecedente:

☐ AIDS

☒ Alcoolismo

☐ Alergia

☐ AVC

☐ Cirurgias Realizadas

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

☐ Agitação/agressividade

☐ Alergia

☐ Ausência de pulso

☐ Cianose

☐ Eletrocussão

☐ FAF

☐ FAF

☐ Gineco-obstétrico

☐ Lesões térmicas

☐ Pediátrico

☐ Psiquiátrico

☐ Quase Afogamento

☐ Queda

☐ Metro

☐ Queimadura

☐ Térmica

☐ Química

☐ Elétrica

☐ Outros

☐ 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

☐ Síncope

☐ Outros:

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

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início:	<i>120x80</i>	<i>75</i>	<i>22</i>		<i>98</i>	<i>99%</i>	<i>15</i>
Fim:							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

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

Respiração/Ventilação:

- ☒ Espontânea
- ☐ Parada Respiratória
- ☐ Assistida
- ☐ Ritmo irregular

Ausculta:

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

Expansibilidade:

- ☐ Normal
- ☐ Superficial
- ☐ Regular
- ☐ Irregular

Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☒ Hálito Fétido ☐ Outros

CIRCULAÇÃO:

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



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

OBSERVAÇÕES:
Chegando no local e
visando o encontro
sem estresse, com
queimado, sem fraturas
so encoracado, de
zodo do feto, de
fruto do de
e removido

EXAME NEUROLÓGICO:

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

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

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

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

SEGMENTO:

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

Abdômen:

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

Urogenital:

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

GINECO-OBSTÉTRICO:

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

PROCEDIMENTOS:

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

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

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

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA

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

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: UH 313

MUNICÍPIO: Lameirão

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
Dr. Nogueira		Juliana Gabriela Téc. de Enfermagem COREN-PE 1209585	Robson

TERMO DE RECUSA:

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

RG ou CPF:

Assinatura:

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

