
Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589346

Vítima: MAURICIO BEZERRA DA SILVA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOELMA FRANCISCA DE AMORIM SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURICIO BEZERRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589346

Vítima: MAURICIO BEZERRA DA SILVA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOELMA FRANCISCA DE AMORIM SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURICIO BEZERRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MAURICIO BEZERRA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000004012-6

Conta: 0000017491-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	024.918.784-10	Maurício Bezerra da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Maurício Bezerra da Silva	024.918.784-10	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusante	R. Dom Augusto de Carvalho 306	306
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	São Joaquim do Monte	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55670-000	819.9258-3087

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

RENDA MENSAL:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>Brasil</u>
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)
CONTA: (Informar o dígito se existir)	CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: São Joaquim do Monte 04/10/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maurício Bezerra da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

CONTROLE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

16 OUT 2019

PROTOCOLO

Assinatura

AGÊNCIA RECIFE

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0187000553**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/07/2019** às **15:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/2/2019** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 01, RODOVIA PE 112, SITIO SÃO DOMINGOS** - Bairro: **CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PROXIMO A ESCOLA SANTA INÊS**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

//// (AUTOR \ AGENTE)
MAURICIO BEZERRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAURICIO BEZERRA DA SILVA**



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

MAURICIO BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINA MARIA DE MORÃES** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **19/10/1972** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4321491/SSP/PE (RG) 02491878410 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA JOSE VIEIRA DE MELO, 92 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

//// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAURICIO BEZERRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFG0347 (PERNAMBUCO/BONITO)** Renavam: **395262534** Chassi: **9C2KC1670BR598054**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE ILDO DA SILVA**

Complemento / Observação

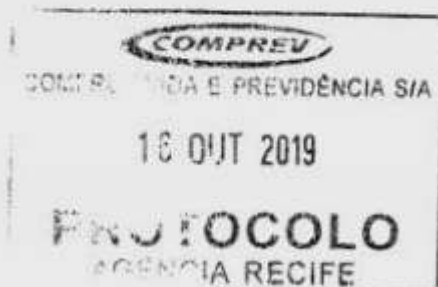
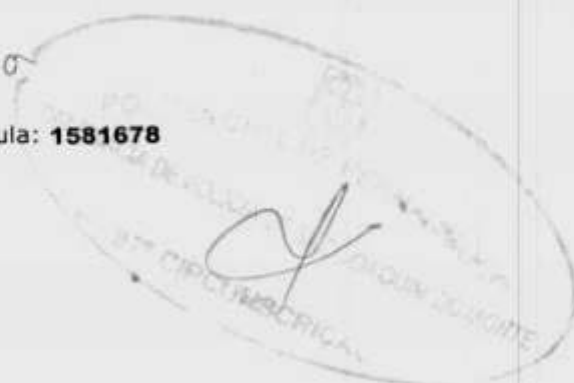
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR MAURICIO BEZERRA DA SILVA O QUAL NA QUALIDADE DE VITIMA PASSOU A DECLARAR QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITO CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELA RODOVIA PE 112, SENDO ESTA CIDADE, QUANDO NO TRAJETO, MAS PRECISAMENTE NA LOMBADA DO COLEGIO SANTA INÊS A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU AS MARGENS DA RODOVIA, SENDO ELE SOCORRIDO POR UM RAPAZ QUE PASSAVA PELO LOCAL, E QUE FOI LEVADO PARA A UNIDADE MISTA PRESIDENTE CASTELO BRANCO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS MEDICOS SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, FICANDO INTERNADO E POSTERIORMENTE A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE - PE, ONDE FICOU INTERNADO, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

MAURICIO BEZERRA DA SILVA
(VITIMA)

Mauricio Bezerra da Silva

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	024.918.784-10	Maurício Bezerra da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Maurício Bezerra da Silva	024.918.784-10	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusante	R. Dom Augusto de Carvalho 306	306
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	São Joaquim do Monte	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55670-000	819.9258-3087

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

RENDA MENSAL:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>Brasil</u>
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)
CONTA: (Informar o dígito se existir)	CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impresão digital da vítima ou beneficiário não afibetando	Local e Data, <u>São Joaquim do Monte 04/10/2019</u>	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	(* Assinatura de quem assina A ROGO <u>Maurício Bezerra da Silva</u> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome: <u>16 OUT 2019</u> CPF: _____ PROTOCOLO Assinatura AGÊNCIA RECIFE
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO BEZERRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04012-6

CONTA: 000000017491-2

Nr. da Autenticação 42A3DC0DF994DDAF

Nº Documento: 20190722692321

Escritório: SAO JOAQUIM DO MONTE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE:

JOELMA FRANCISCA AMORIM

R- DOM AUGUSTO DE CARVALHO, N. 00106 - CENTRO SAO JOAQUIM DO MONTE PE 55670-000

INSCRIÇÃO: 133.820.054.0000.310

GRUPO: 14

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02269232.1

INDICADOR

ENTRADA PARA ENTREGA

MATRÍCULA:

02269232.1

07/2019-3

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	VEÍCULO
LIGADO	POTENCIAL	1			
ODÍMETRO/ A12P004307	DATA LEIT. ANTERIOR 09/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 08/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/B) ESTIMADO /		

ÁGUA
 LEIT. ANT.: 784 CONSUMO: 2
 LEIT. ATUAL: 786
 LEIT. FAT.: 786
 ESGOTO
 LEIT. ANT.:
 LEIT. ATUAL:
 LEIT. FAT.:
 VOLUME: 0

**HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO**

06/2019	6/	A	
05/2019	6/	A	
04/2019	6/	A	
03/2019	6/	A	
02/2019	7/	A	
01/2019	5/	A	
MÉDIA	6/ 0	A	

PARÂMETROS

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	28	19	19
COR APARENTE	28	19	12
CLORO RESIDUAL	28	19	19
COLIFORMES TOTAIS	28	19	19
E.Coli	28	19	19

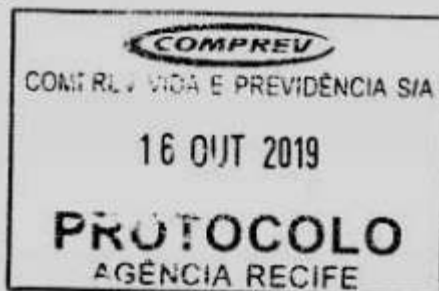
OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE	06/2019	0,82
JUROS DE MORA	06/2019 05/2019	0,28



QUANTIDADE	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2019

TOTAL A PAGAR: 42,40

Entido por: INTERNET

Entido em: 04/09/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
 VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

02269232.1

07/2019-3

VENCIMENTO: 20/08/2019

TOTAL A PAGAR: 42,40

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CABOÇA - 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: 20190722692321

Escritório: SAO JOAQUIM DO MONTE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

JOELMA FRANCISCA ANORIM

R DOM AUGUSTO DE CARVALHO, N. 00166 - CENTRO SAO JOAQUIM DO MONTE PE 55670-000

INSCRIÇÃO: 133.820.054.0000.310

GRUPO: 14

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 02269232.1

SERVIDORES

ESGOTO-DETA SATISFAC

SITUAÇÃO ÁGUA

LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO

POTENCIAL

RESIDENCIAL

QUANTIDADE DE ECONOMIA

GERENCIAL

INDUSTRIAL

VISCOSE

IDENTIFICADOR
A12P004307

DATA DE INÍCIO
09/07/2019

DATA DE FIM
08/08/2019

TIPO DE UNIDADE /
ESTIMADO /

ÁGUA

LEIT. ANT.: 784

LEIT. ATUAL: 786

LEIT. FAT.: 786

CONSUMO: 2

ESGOTO

LEIT. ANT.:

LEIT. ATUAL:

LEIT. FAT.:

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

06/2019 6/

05/2019 6/

04/2019 6/

03/2019 6/

02/2019 7/

01/2019 5/

MEDIA 6/ 0

PARÂMETROS

TURBIDEZ

COM APARENTE

CLORO RESIDUAL

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 COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO

VISUAL DA ÁGUA.

NÚMEROS DE AMOSTRAS

EXIG. PELA PORT.

MS 2.914/11

ANÁLISES

REALIZADAS

ATENDEM A

LEGISLAÇÃO

28

28

28

28

28

28

19

19

19

19

19

19

19

19

19

19

19

19

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE

JUROS DE MORA

06/2019

06/2019 05/2019

CONSUMO POR FAIXA

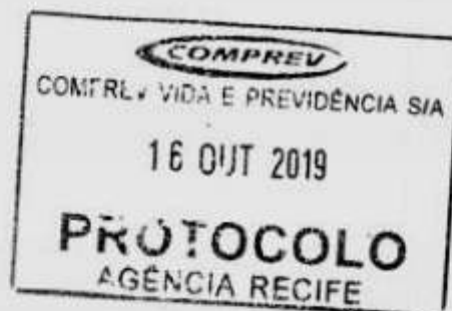
2 M3

VALOR R\$

41,30

0,82

0,28



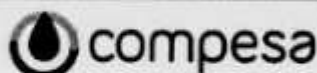
FAIXA	CONSUMO (M3)	TARIFA (R\$)	VALOR (R\$)
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2019

TOTAL A PAGAR: 42,40

Entido por: INTERNET

Entido em: 04/09/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 02269232.1

07/2019-3

VENCIMENTO: 20/08/2019

TOTAL A PAGAR: 42,40

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Joelma Francisca de Amorim

inscrito (a) no CPF/CNPJ 944.273.804, 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maurício Bezerra da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.918.784, 10

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Maurício Bezerra da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.918.784, 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>R. Dom Augusto de Carvalho</u>	Número: <u>306</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>São Joaquim do Monte</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55670-000</u>	Tel. (DDD): <u>(85) 3.9668.1184</u>

Local e Data: São Joaquim do Monte 04/09/19

Joelma Francisca de Amorim
Assinatura do Declarante





BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 24 / 02 / 19 Hora 03:22 Registro 343403

Nome Maurício Régis de Sá

Data de Nascimento 19/10/72 Idade 46 anos Sexo M

Endereço/ Procedência Rua Dom Augusto Canabarro - São Joaquim do Monte

Naturalidade Caruaru Profissão Agricultor Cor B

Responsável Helena Francisca de Identidade 6914

Amorim (exato)

Peso PA Temp Temp Pulso Pulso FC FC FR FR HGT HGT

Queixa Principal A dor no peito há 1 hora

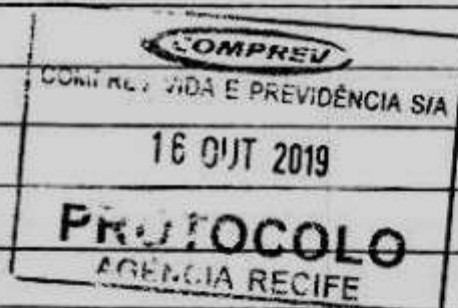
Dados Clínicos PA 120/80, FC 100, FR 20, HGT 1,70m

Hipótese Diagnóstica Infarto agudo do miocárdio

Exames Solicitados ECG, Hemograma, Perfil Lipídico

Tratamento Proposto Aspirina 100mg, Clopidogrel 75mg

Exames Físico Estimado



Evolução / Prescrição 500mg Aspirina + 75mg Clopidogrel

Diagnóstico Inicial Infarto agudo do miocárdio

Diagnóstico Definitivo Infarto agudo do miocárdio

DESTINO DO PACIENTE

Internado p/ observação ☐ Liberação p/ Residência com medicação aplicada ☐

Liberado p/ residência c/ medicação prescrita ☐ Transferência p/ outra cidade ☒

Alta pedido ☐ Óbito ☐

Transferido para HR Santa Luzia 5672013



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

NCR
+ 03206009
TR 03206009
Tel 03206009
03206009

1390467	Data e Hora de Atendimento: 24/02/2019 06:37	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual :
Cod. Paciente: 1668480	Paciente: MAURICIO BEZERRA DA SILVA	Sexo: MASCULINO
Data de nascimento: 19/10/1972	Idade: 46a 4m 6d	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: JOSE NILDO
DOC ID / Data expedição 4321491 / 07-Dez-89	Mãe: MARINA MARIA DE MORAIS Pai: IGNORADO	Cartão SUS:
Endereço: RUA JOSE VIEIRA DE MELO Bairro: CENTRO Cidade: SÃO JOAQUIM DO MONTE	UF: PE	Telefone: 996763727
Ocorrências:		

Motivo do atendimento: **QUEDA DE MOTO**

Procedência: **OUTRO HOSPITAL** 24/02/19

Informações do Serviço Social: **Vinculos familiares presentes.**

Confirmação de nome: ☒

Fones: **Joelma (esposa)**
199634-1601

Assistente Social

Confirmação de endereço: ☒

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☒

Outros ☐ 25/02/19

Observação: **Aten. familiar por Nildo comte, ficou de pro-
videncia transporte p/ remoção.**

Assistente Social

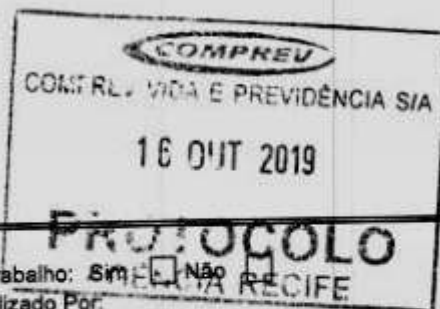
Janaina Marques
Assistente Social
CRESS-PE 6114

História Clínica: **NCR**

* Queda de motocicleta, alcoolizado e sem capacete. Niga pda de consciência ou vômitos.

* EN: Glasgow 15. PIER, sem déficit de motricidade

* CD: TC de crânio / cervical; fix de tórax e pulm.



Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒	
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒	Tipo:	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒	Altura:	
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒	Por Quê?		

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☒ O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temp:

B: Respiratório

C: Circulatório PA: **X** mm Pulso: **24/02/19** bpm

TC crânio +
cervical

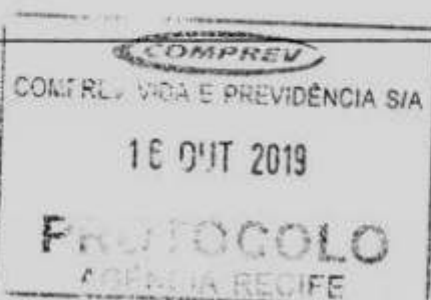
D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Score:	Hora:	Score:	Hora:	Score:	Hora:

E: Exposição/Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Cod. Procedimento

Conduta:



Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

☐ Curado ☐ Melhorado

Internado na Clínica:

☐ Inalterado

☐ Piorado

Transferido para:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 24-Fev-19

DATA: 04 108 12019

Endereço:

Prontuário:

COMPREV
CONT. RL. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
16 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

[illegible]

AS OG-00

SG: 1000 ml EV

ALL: 500-24

Explain 10 mg of the following 10 mg Tm

Hipótese Diagnóstica:

Motorista:

Unidade de Referência: História Regional NEOLINDIÁVEL

Senha da Central de Regulação: 56 2710 82

Dr. João André G. Sampaio
Médico
CRM 15312

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 24/02/2019 06:27

Nome Paciente: MAURICIO BEZERRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 19/10/1972
Sexo: Masculino
Idade: 46
Senha: U0013
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 24/02/2019 06:27 - 24/02/2019 06:30

ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA DE MOTO) HÁ CERCA DE 2 HORAS. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, EMESE E CONVULSAO. REFERE CEFALEIA. RELATO DE INGESTA ALCOOLICA.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 4
- FREQUENCIA DE PULSO: 80.00 BPM (RÍTMICO)
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

24-2-18 C.6
7:00 am
olíticos, sem dor abdominal
supino, sem déficit motor
por ombro (D)

No exame
torax: MU parte Ant Bilat
abdome glabro, mole
Bom vital

ombro (D) lesões + deitado de Parech

Recu. c.g.
HV. transt



Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/02/2019 06:31



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Maurício B. Silva

1668480

EVOLUÇÃO CLÍNICA

24/02/19

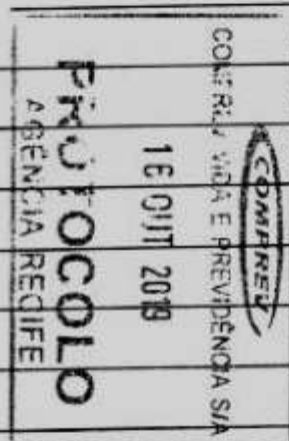
* Tultoloxe

(09:40h)

Ata Vitae de ac. de pulm, 4 dor em ombro (D).

As res: NVP; S/ Frenelas; Rx: Fnt 1/3 mediu (lesão D).

HO: Fnt Fechada (lesão D).



MO Tipica

② Alta da Tultoloxe 4 amp. (medicinal).

③ à NCH e CA.

Assinado e Rubricado
Assessoria Técnica

24/02/19 - Cirurgia Geral

09:45 Paciente vítima de acidente de moto, sem história de perda da consciência. Referindo dor em ombro direito.

Ao exame: EGR, consciente, orientado, afeto e reações adequadas.

AR: MV @ AHT, eupneico em ar ambiente.

ACV: RCR 2T BCNF, FC: 80 bpm

Abdome depressível, flácido, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal.

Pelve estável sem crepitação e/ou enfise na subcutânea à palpação do tórax.

Rx de tórax não evidencia sinais de derrame pleural / hemotórax e/ou pneumotórax, fratura de cla-

Cont. 24/02/19

vicula direita + fratura de 2 arcos costais
em ápice de HTD (3º e 4º arcos costais). R. de pele
sem alterações.

CD: Observação pela CG - repetir R.

Dra. TÁSSIA SANTOS
MÉDICA
CREPE 2094

24/2/19 #CG# 19:15h

Paciente vítima de queda de moto, sem queixas no
momento.

Segue BEG, LOTE, eupneico, corado, hidratado, acianótico.

AR: MV + AHT SRA. FR: 17irun.

ACU: RCR 2T BNF SIS. FC: 86bpm.

Abdomen globoso, flácido, indolor à palpação, sem VMC.

Ext. com boa perfusão e sem edema.

Tem dor e crepitação à palpação de clavícula (D) (fratura).

Dor à palpação de HTX (D) superior, sem enfisema sc.

Rx tórax: fratura de clavícula (D) + fratura de 3º e 4º
arcos costais à D. sem PnTx ou HnTx.

Rx bacia sem fraturas.

CDT: 1) ALTA DA CG

2) Aos cuidados da NCR (já de alta de traumatismo)

João Paulo Lima
MR Cirurgia Geral
CRM-PE 24093

+ Dr. Murilo Anglim e Dra. Camila

24/02/19 #NCR#

23h



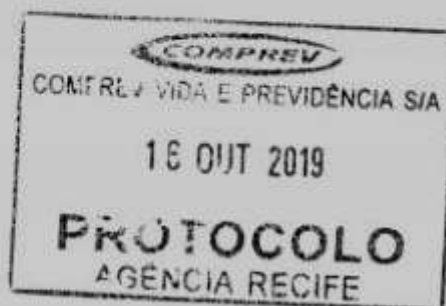
TC de crânio: sem lesões
e cisternas abertas

XCG-15 Iso Foto s/pleque

* Formulário encerrado cobeludo, por telefone

* CD = 1 - Curativo encerrado cobeludo
2 - Alta NCR

Reinaldo Montenegro
CRM 20718



Paciente: Maurício Bezerra da Silva

Data: 24/02/19

Enfermaria: Vermelho Leito: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
☒ Espontânea (4 pts.)	☐ Orientado / Conversando (5 pts.)	☒ Obedece (6 pts.)
☐ Ao comando verbal (3 pts.)	☒ Desorientado / Conversando (4 pts.)	☐ Localiza dor (5 pts.)
☐ A dor (2 pts.)	☐ Palavras inadequadas (3 pts.)	☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.)
☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.)	☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.)
	☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Extensão (descob.) (2 pts.)
		☐ Sem resposta (1 pts.)

Total: 74 pontos.

TRM ☐ Sim ☒ Não

A - Perda motora e sensível completa
D - Motricidade funcional presente

Franquear: _____

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Ventilador: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.

Dieta

☒ Zero
☐ Via Oral

☐ SNG
☐ SOG

☐ SNE
☐ Gastrostomia

☐ Gavagem
☐ Aberta

Eliminação Intestinal: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarreia

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☒ Inteira ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____

Localização: _____

Estágio: _____

Queixas: Paciente está melhor em ELO B. Acompanhamento pela

Exames: de G. Quando reavaliar de NCR. Sem

Pareceres: queixas no momento

Observações (Diurnas / Noturnas): Des NCR

Ass: AB

Ass: AB

Data: ____/____/____

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
☐ Espontânea (4 pts.)	☐ Orientado / Conversando (5 pts.)	☐ Obedece (6 pts.)
☐ Ao comando verbal (3 pts.)	☐ Desorientado / Conversando (4 pts.)	☐ Localiza dor (5 pts.)
☐ A dor (2 pts.)	☐ Palavras inadequadas (3 pts.)	☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.)
☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.)	☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.)
	☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Extensão (descob.) (2 pts.)
		☐ Sem resposta (1 pts.)

Total: _____ pontos.

TRM ☐ Sim ☐ Não

Franquear: _____

A - Perda motora e sensível completa
D - Motricidade funcional presente

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Ventilador: ☐ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.

Dieta

☐ Zero
☐ Via Oral

☐ SNG
☐ SOG

☐ SNE
☐ Gastrostomia

☐ Gavagem
☐ Aberta

Eliminação Intestinal: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarreia

Diurese ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Inteira ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____

Localização: _____

Queixas: _____

Exames: _____

Pareceres: _____

Observações (Diurnas / Noturnas): _____

Diurno: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Moacir Bezerra da Silva
 Enf / Leito: _____ Registro: _____

DIA: 27/10/2 DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
(☒) Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)
(☒) Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)
(☒) Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)
() Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS
Frequência Cardíaca
Frequência Respiratória
Temperatura
Pressão Arterial

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	80				
16					
22					
10	28				
16					
22					
10	36.5°				
16					
22					
10	140 x 70				
16					
22					

COMPREV
 CONTR. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

16 OUT 2019

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Moacir Bezerra da Silva



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO
TRATAMENTO AVC



NOME DO PACIENTE		ENF./LEITO	REGISTRO	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
Maurício Bezerra da Silva			1668420	24/10/2				
MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERN.	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
1- SORO FISIOLÓGICO 0,9% 200ml, EV nas 24h	100 ml	IV	24h	11/13h				
2- RANITIDINA - 01 AMPOLA + AD		IV	12/12h	11/13h				
3- PLASIL + AD EV 318hs SN		IV	S/N					
4- DIPIRONA (2.8) AD EV 616 horas Fixo		ATE	8/8h	11/13h				
5 - LIQUEMINE 0,25ml.		IV	8/8h	11/13h				
OU CLEXANE 40.		ATE	6/6h	11/13h				
6- CAPOTEN 25 01CP		SC	12/12h	11/13h				
SEPAS > 180 OU PAD > 110mmhg.		SC	/DIA					
7 - INSULINA SIMPLES CONFORME HGT		SL	SN					
0-200 - 0un 201 - 300 = 4un 301-400 = 8un > 400 = 12un		SC						
AAS 100	02CP	VO/	12h	11/13h				
Glicose 50% 05 amp em cada fase de son	SNG							
CUIDADOS				ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO
1. DIETA ZERO ATÉ 2ª ORIENTAÇÃO, modifico, Dieta Livre								
2. MEDIR DIURESE								
3. HGT 6 / 6 h								
4. MUDAR DECÚBITO 3/3h								
5. CABECEIRA 30°								
6. SSVV 6 / 6 h								
ASSINATURA DO MÉDICO				Dra. Tássia S. Med. 2				

DRa. TÁSSIA SÁV.
MÉDICA
CREMEPE 2006

Cod. 0422



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Mauricio Byrma da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1668480

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

8 - DATA DE NASCIMENTO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de uânio n/c

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

01

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de cervical n/c

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

01

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

24/02/19

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

Polihaematológico

COMPREV
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
CONTR. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

16 OUT 2019

PROTOCOLO
PROFISSIONAL SOLICITANTE
AGÊNCIA REGISTRO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24 / 02 / 19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Bruno R. S. Rosado
Resid. Neurocirurgia
CREMEPE 27872

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 1668480
Nome: Maurício Bezerra da Silva
Foi atendido, às _____ h do dia 24, 02, 19
Diagnóstico Provável TCE leve
_____ data da alta 25, 02, 19

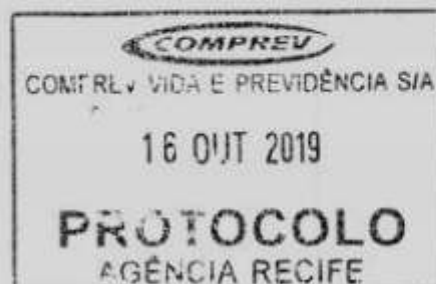
Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALEIA (dor de cabeça que não cedia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA (NÃO)

Observação: Neurolista de
afastamento das atividades
de trabalho por 07 dias

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1668480

Nome: Maurício B. da Silva

Foi atendido às 06:37, hs. do dia 24, 02, 19.

Diagnóstico Provável:

Lesão do m. de T. Ant. 4
4 Int 1/2 m. de T. Ant. 4

Tratamento Realizado: DO Gesso 4 T. Ant. 4
Análise.

Observação: 4. A. Ant. de T. Ant. 4. 24/02/19

2. Ant. de T. Ant. 4. 60 dias

Cópia de: 3. Ant. de T. Ant. 4. 16 dias

24/02/19

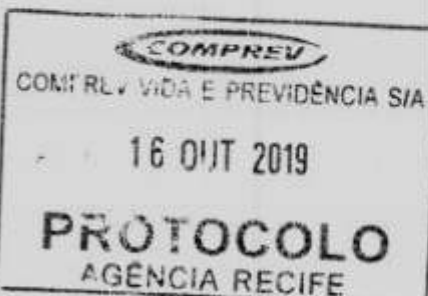
Justo em 16 dias

Médico - CRM Nº

Dr. F. V. da Cruz
Ortopedia/Traumatologia
CRM Nº 24.357

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014356133524

VIA 1 COD. RENAVAM 395262534 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2019

JOSE ILDO DA SILVA
 BONITO-PE

082.176.054-2 PLACA FEG0347

***** 982401670BR596054 COMISSÃO

ESP. DE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP/VDT/CL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC ORR/PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA I IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1 *****
 P FAIXA IPVA A PATRIMÔNIO/NOTAS 2 *****
 V 3 *****
 A *****

PREMIO TARIÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.92 PREMIO TOTAL (R\$) 84.98 DATA DE PAGAMENTO 15/02/19

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

DETRAN - PE
 Roberto Carlos Moreira Fontelles
 DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

DATA 09/09/19

COMPREV
 COMIT. RL, PREVIDÊNCIA E SIA
 16 OUT 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589346 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589346 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: Maurício Bezerra da Silva
portador(a) do documento de identidade nº: 4.321.591, expedido por SSP, em 07/12/1989 inscrito no CPF sob o nº: 024.918.784-20,
residente: R. Dom Augusto de Carvalho nº: 406 complemento: _____,
Bairro: Centro, cidade: São Joaquim do Monte, Estado PE.

2. OUTORGADO: Joelma Francisca de Amorim
portador(a) do documento de identidade nº: 4.619.036, expedido por SSP, em 23/05/1991 inscrito no CPF sob o nº: 944.273.804-68,
residente: Rua Dom Augusto de Carvalho nº: 406 complemento: _____,
Bairro: Centro, cidade: São Joaquim do Monte, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

Maurício Bezerra da Silva Acidente ocorrido no
dia 24/02/2019, do sinistro de DPVAT da natureza Dama.

04 de JUNHO de 2019

OUTORGANTE: Maurício Bezerra da Silva

Maurício (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DE NOTAS E DE REGISTRO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE - PE
TITULAR: FRANKLIN DA SILVA MOURA
Telefone: (81) 99883-6472

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MAURICIO BEZERRA DA SILVA. Dou fé. Em testemunho da verdade. JUCYELLE EDUARDA DOS SANTOS TEIXEIRA - Escrevente Autorizada.
Emol.: R\$ 3,47; TSNR: R\$ 0,80; Total R\$ 4,27.

Selo: 0150953.ANB05201901-01159 04/06/2019 14:55:19
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital



COMPREV
CONTROLE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
16 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362079/19

Vítima: MAURICIO BEZERRA DA SILVA

CPF: 024.918.784-10

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: MAURICIO BEZERRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOELMA FRANCISCA DE AMORIM SILVA : 944.273.804-68

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

MAURICIO BEZERRA DA SILVA : 024.918.784-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: JOELMA FRANCISCA DE AMORIM SILVA
CPF: 944.273.804-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

JOELMA FRANCISCA DE AMORIM SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA