

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669858

Vítima: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190669858 **Vítima: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA**
Data do Acidente: 01/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

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 completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 0000030200-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorno 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:

125.122.104-13

Nome completo da vítima:

Lucas Allam dos Santos Souza

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

Nome completo:

Profissão:

Analista de Sistemas

Endereço:

Rua 03 de maio

CPF:

125.122.104-13

Número:

98

Complemento:

Bairro:

OSUNTO

Estado:

PE

CEP:

55193-530

E-mail:

newbs

Tel. (DDD):

(71) 39304-6799

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)
 Bradesco [217] Itaú [341]
 Banco do Brasil [001] Caixa Econômica Federal [104]

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 30200 9
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 esclarecido, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente 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 minhoca ao direito de contestá-la, caso disconferir do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ivo 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: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



AUTO-ATENDIMENTO - AG 29 de Dezembro

DATA: 19/09/2019

HORA: 19:07:54

TERMINAL: 47581005

CONTROLE: 475810051105

AGÊNCIA: 1038 - SANTA CRUZ DO CAPI

CONTA: 013.00030200-9

CLIENTE: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218003630

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/09/2019** às **19:06**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/09/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RODOVIA PE 180, SITIO CURAL PICADO** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(a) Sr(a): **LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA**

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

LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA LUCIVANIA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **31/3/1999** Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10370768/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **- 95316526**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 98, RUA 1º DE MAIO - OSCARZÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO(MOTO) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDY8181** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **110249540** Chassi: **9C2JB010HR222844**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observações

A VITIMA ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO QUANDO AO PASSAR POR UM BURACO ACABOU PERDENDO O
CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDO POR UM POPULAR PARA UPA PARA
PROCEDIMENTOS MEDICO - HOSPITALAR.

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

LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA
(VITIMA)

Lucas Allan dos Santos Souza

B.O. registrado por: EULINALDO BEZERRA DE LIMA - Matrícula: 319785-9



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE SANTA RITA DO RECÔMBITO

128-0 RCW/MSC/RQ

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:

125.122.304-13

Nome completo da vítima:

Lulu Alvaro Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

Nome completo:

Lulu Alvaro Souza

CPF:

125.122.304-13

Profissão:

Novo

Endereço:

Rua 03 Demais

Número:

98

Complemento:

Bairro:

OSUNTO

Cidade:

Santos (Pernambuco)

Estado:

PE

CEP:

55193-530

E-mail:

novos

Tel.(DDD):

11 99304-6299

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 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 OPCIÃO 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: _____

AGÊNCIA:

1038

CONTA: 30200

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 31, §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(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (não nascido)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

Local e Data: Santos (SP) - (11) 02/12/19
Nome: _____
CPF: _____

() Assinatura de quem assina o RG*
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio 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: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000030200-9

Nr. da Autenticação 0351F59F5B3659EF



CELPE

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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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

DADOS DO CLIENTE

JOSE JOAO DE SOUZA IRMAO

CPF: 009.777.554-10

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
074329041	ÚNICA	21/08/2019
Nº DO MEDIDOR		Nº DA INSTALAÇÃO
21/08/2019	2015203103	5582400

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 01 DE MAIO 98

OSCARZAO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
 55193-530

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7024146787	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
28/08/2019	19/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	58,27

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	66,0000000	0,77545172	51,17
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,40
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 086724223-19/08/19			0,45
Multa por atraso-NF 070435344 - 22/07/19			1,08
Juros por atraso-NF 070435344 - 22/07/19			0,37
Atualização IGPM-NF 070435344 - 22/07/19			0,14

TOTAL DA FATURA

58,27

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
DATA		LEITURA	DATA	LEITURA			
3160432003	CAT	22/07/2019	1.853,00	21/08/2019	1.919,00	30	66,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAIPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H) 09

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 100 KM 12, BARRA CORRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAIPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.126.015/0001-28 CNES: 1764450 FONE: (81) 309001-5204 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0268852 01/09/2019 14:59:02

Código 0268852

Paciente: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

SUS

Sexo: MASCULINO D. Nasc.: 31/03/1999

Idade: 20 ANOS

RG:

CPF:

Profissão: OUTROS

Filiação: Mãe: MARIA LUCIANA DOS SANTOS

Pai: JOSE JOAO DE SOUZA IRMÃO

Endereço: RUA PRIMEIRO DE MAIO

Cidade: SANTA CRUZ DO CAIPIBARIBE

Bairro: OSCAZAO

Fone:

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Pressão Arterial: 120 X 80

P脉搏:

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

Retorta ter sofrido queda
de moto, ei escoriações pelo corpo
e dor em ombro (L) Neve + C6.
Exame Físico: Exangue = 15.

Diagnóstico Provisório:

Fratura de Clavícula E

Consulta:

Rx outros E 15.49
Voltores IM + 15.49
Frispresa + curativos

Liberação do Paciente: Data: / / Hora: / /

Carimbo e Assinatura do Médico:

Enf. tipo: 47-364
Rx lotes: 500 ml
Domicílio: Olinda
Obra social: Pernambuco 6 horas

Carimbo e Assinatura do Atendente



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE
www.santacruz.pb.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Name*: _____

Oscars allan 5. saiso

As oft pedista

Data: 01/09/19

ONS 7000006231A1960

Name: _____

Medicamentos:

Rg

Data: _____ / _____ / _____

MEDICO

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 15:00

Doenças preexistentes: Nenhuma

Alergias: Nenhuma

Uso de medicações:

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apneia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso Fraco();
Pulso Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsando();
Irresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave();
Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemias com sudorese intensa();
OBS:

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Polidraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg();
PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas();
Mucosas ressecadas();
Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();
OBS:

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos();
Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, quações(); Dor abdominal
sem alterações de SSW(10, PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg
sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();
OBS: Refluxo gástrico devido ao excesso de ácidos MSG

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal();
Corisa crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada
de pontos(); Vômitos ou diarreia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();
Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();
OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

02/09/2019

Às 06:00

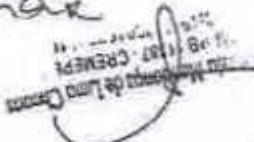
PA : 140x80

HGT :

SPO₂ : 99%

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

08:25 - Relata dor torácica.
com súbito reforço



Ass. de Enfermagem
Carenice
070137



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Lucas Allan

Uso oral

- ① Nopoxene no sódico 550mg —— 03x
fumar os cp de 42/22h, por os
dias.

~~Assinatura L.Clares
CRM-FE 27116 CRM-PB11387~~

MÉDICO

Data: 04/09/2019

Nome: _____ Rg.: _____
Medicamentos: _____

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO

NÃO



TRO CAR!

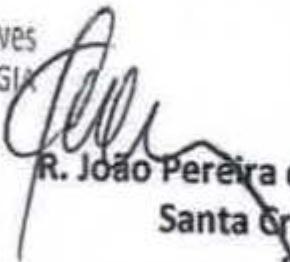
RECEITUÁRIO II

MÚCAS ARAR DOS
SANTOS SANTA

USO DITOSO

2) BIOFLAC 15 - 1 X
UM REFORÇO

Dr. Cleanto Pio de Sales Chaves
RTOPIEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 16489


R. João Pereira de Abreu, 21 – Santo Antônio
Santa Cruz do Capibaribe – PE
(81) 3705-1754

SCG 09 08 15

Wert 30.09.13

rx-control



RECEITUÁRIO II

MICAS ANA
das sushs fuge

2) IMPLANTADOR
EM OITO
PARA CLAVICULA
CDOL: DL 370
TAM: 6 —

 0808/19

R. João Pereira de Abreu, 21 - Santo Antônio
Santa Cruz do Capibaribe - PE
(81) 3705-1754

Dr. Cleandro Pio de Sales Góes
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRA-PE 16489



RUA: JOÃO PEREIRA DE ABREU, 21 – SANTO ANTÔNIO
SANTA CRUZ DO CAIPIBARIBE – PE
FONE: (81) 3705-1754

STA'ANNA II

NOME: LUCAS ALAN DOS SANTOS SOUSA

MÉDICO: DR. CLEANTO

ESPECIALIDADE: ORTOPEDISTA

PROCEDIMENTO: CONSULTA

CONVÊNIO: CARTÃO SAÚDE

VALOR: R\$ 180,00

DATA: 09/09/2019.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'LUCAS ALAN'.

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE

Nº 014668558318

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

COD. RENAVAM

BRNTRC

EXERCÍCIO

1

1102495408

2019

NOME

LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

S.C. CAPIBARIBE-PE

CHP/NPI

125.122.104-10

PLACA

PBY8181

PLACA ANT/LI

CHASSI

9EG6560100HR222844

ESPECIE TIPO

PAS MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA / POP 110I

ANO FAB.

2015

ANO MOD.

2017

CAP/POT/CIL

2B / 109CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA UNICA

VEN/COTAS

IPVA

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

1º

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

80.11

SEGUR. OBRIGATÓRIO

0.32

84.56

23/07/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTO OBRIGATÓRIO

VALIDO P/ 12 MESES

Ribeirão Preto

S.C. CAPIBARIBE-PE

DATA

29/07/19

Subsecretário Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR DETRAN-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669858 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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

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 ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 07 //

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 completo - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669858 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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: DOC PÁG. 01 07 // EM TODOS OS 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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427003/19

Vítima: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

CPF: 125.122.104-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA : 125.122.104-13

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: 02/12/2019
Nome: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA
CPF: 125.122.104-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

Steffany Caroliny Lins Veloso