

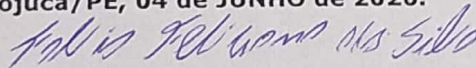
## **INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** FABIO FELICIANO DA SILVA, brasileiro, casado, casado, portador de RG de nº 21062072004, CPF nº 064.280.574-17, residente e domiciliado à Rua Armando da Costa Brito, nº 76, Nossa Senhora do Ó, Ipojuca-PE

**OUTORGADOS:** Dr<sup>a</sup>. GILVANIA RAMOS DE MELO MEIRELES - OAB/BA - 46.925, Dr. PEDRO RAFAEL MELO MEIRELES - OAB/BA 43.619 e Dr<sup>a</sup> PEONIA RAMOS SENNA SOUZA - OAB/PE 36804, com escritório à rua Beco do Colégio 2 Loja 20, Porto de Galinhas/Porto de Galinhas - Ipojuca/PE., CEP 5590-000, Tels.: (81) 992638233 e (71) 999774822.

**PODERES CONFERIDOS:** A quem confere os poderes da cláusula ad iudicia e extra, junto a qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, mais especificamente para apresentação e acompanhamento de AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATORIO DPVAT nesta Comarca. Para tanto, confere poderes especiais aos OUTORGADOS, para tudo querer e requerer, contestar, transigir, receber dinheiro, desistir, indicar provas, arrolar testemunhas, protestar e elaborar qualquer tipo de recurso no interesse do OUTORGANTE; enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, inclusive subestabelecer com ou sem reserva. xxxxxx

Ipojuca/PE, 04 de JUNHO de 2020.



FABIO FELICIANO DA SILVA

CPF: 064.280.574-17

RG: 21062072004 - MEX/PE



[illegible]

Possante antine di acciaio al cromo con  
quattro ruote d'oro E. e giallo E. e tranne  
E. E. come un solo E. di qualità de  
prima e M.S.E.

Rt single do antro E - fratura completa do clivus bas.  
Rt single do polo E - fratura completa do polo.

|                     |                                     |                                               |                                      |
|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|
| EXAMEN ESPECIAL DE: | <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA | <input type="checkbox"/> RESONANCIA MAGNETICA | <input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA |
|                     | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA | <input type="checkbox"/> ULTRASONOGRAFIA      | <input type="checkbox"/> OTORRINO    |

Leipziger der Kaiser  
Preussische Land in Ostpreußen

Dr. Anne Maria Reyes MD  
Medica  
CR# 6277

DEFINIÇÃO DO CASO *End. n. 11 PA - 3 Pos. 2* CONDIÇÃO DE ALTA

### DEFINIÇÃO DO CASO

TERMINAMENTO ☐ CIRURGIA ☐ ÓBITO ☐ TERMO DE ALTA MEDICA ☐ ☐ ☐ ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐

FRANCO FERRERO PARRA

INTERMEDIO NA CLÍNICA: *100* *Mayes V*

### INTERNOADO NA CLÍNICA:

FORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

## CONFIRMAÇÃO DO VOTE:

CONFIDENTIAL

Figure 1. The effect of the concentration of the polymer on the morphology of the polymer. The figure shows a series of scanning electron micrographs (SEM) of the polymer morphology for different concentrations of the polymer. The concentrations are 0.1, 0.2, 0.3, 0.4, 0.5, 0.6, 0.7, 0.8, 0.9, and 1.0. The morphology changes from a smooth surface to a rough, porous structure as the concentration increases.

DEPENDENCIA: AREA TRANSFERENCEIA DE TRANSFERENCIA ASSISTENTE SOCIAL

## RESERVAÇÕES:

DECLARAÇÃO PARA APTA-INTERNOAMENTO/TRANSFÊRENCIA:

|            |         |         |                                      |
|------------|---------|---------|--------------------------------------|
| ENTRETERA: | CORREN: | MÉDICO: | Co. P. de A. de O. de M. de P. de R. |
|------------|---------|---------|--------------------------------------|

## TERMO DI RESPONSABILITÀ PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

de ou de outro nome, e os seus respectivos hospitais ou centros de tratamento, e os tratamentos clínicos ou cirúrgicos, inclusive de diagnóstico e exames para a realização de tratamento.

*[Faint handwritten notes at the bottom of the page]*

090306000

Agg-1.0

1000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente das instalações, bem como a todo o devido conhecimento sobre todos os procedimentos que devessem possuir.

[illegible]

# ATENDIMENTO MÉDICO

|                                     |                              |                              |                   |                              |                                                                                         |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| História do Trauma:                 |                              |                              |                   |                              |                                                                                         |
| Perda de Consciência:               | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Episódio Emético: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não                                                            |
| Local de Trabalho:                  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Tipo:             |                              | Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não         |
| Idade:                              | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Tipo:             |                              | Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>                |
| Tratamento:                         | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Local do Impacto: |                              |                                                                                         |
| Local de Ferimento:                 | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Tipo:             |                              | Sofreu Queda: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Altura: _____ m |
| Idade:                              | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por:              |                              | Transporte realizado por:                                                               |
| Condições de Imobilização Adequada: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Por Que:          |                              |                                                                                         |

EXAMES FÍSICOS:

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

DIAGNÓSTICO:

EXAMES ESPECIALIZADOS: ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ☐ ANGIOGRAFIA  
☐ ENDOSCOPIA ☐ RX ☐ ULTRASSONOGRAFIA ☐ LCR

RESCRIÇÃO MÉDICA: DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

|                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                            |                                                                      |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| INDICAÇÃO CIRÚRGICA:                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                  | CLASSIFICAÇÃO RESERVA:                                               | <input type="checkbox"/> |
| DEFINIÇÃO DO CASO                                                                                                                    |                                                                                                                                                                            | CONDIÇÃO DE ALTA                                                     |                          |
| INTERNO                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> CIRURGIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> TERMO DE ALTA PEDIDO <input type="checkbox"/> EVADIU-SE <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO   |                          |
| TRANSFERIDO PARA:                                                                                                                    |                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> INALTERADO <input type="checkbox"/> PIORADO |                          |
| INTERNO NA CLÍNICA:                                                                                                                  |                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ÓBITO                                       |                          |
| FORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL                                                                                                          |                                                                                                                                                                            |                                                                      |                          |
| CONFIRMAÇÃO DO NOME:                                                                                                                 |                                                                                                                                                                            | ASSISTENTE SOCIAL                                                    |                          |
| CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO:                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                                                                      |                          |
| PROVIDÊNCIAS: ALTA <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> EXAME EXTERNO <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                            | ASSISTENTE SOCIAL                                                    |                          |
| OBSERVAÇÕES:                                                                                                                         |                                                                                                                                                                            |                                                                      |                          |
| AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNO/TRANSFERÊNCIA:                                                                                         |                                                                                                                                                                            |                                                                      |                          |

ENFERMEIRA: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO:

Eu, paciente das normas existentes nesta Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

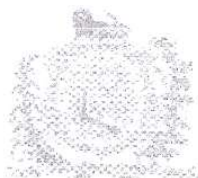
Assinatura: \_\_\_\_\_ Nome completo: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

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

Assinatura: \_\_\_\_\_ Nome completo: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA -  
DP42ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0132002149

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/12/2018 às  
12:29

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 2/11/2018 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE IPOJUCA, 1 - Bairro: CENTRO -  
IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
WELLINGTON MANOEL DA SILVA ( OUTRO )  
FABIO FELICIANO DA SILVA (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
FABIO FELICIANO DA SILVA

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

**FABIO FELICIANO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
DE LOURDES FELICIANO DA SILVA Pai: MANOEL FELICIANO DA SILVA NETO Data de  
Nascimento: 2/2/1984 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
210042872004/MEX/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO  
Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares:  
- 989152729**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 119, ARMANDO DA COSTA  
BRITO - CEP: 8 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**WELLINGTON MANOEL DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:  
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

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

**VEÍCULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **WELLINGTON MANOEL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO FELICIANO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/SIENA** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGW5597** (PERNAMBUCO/POJUCA) Renavam: **542288368** Chassi: **8B2107132D3487800**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

**VEÍCULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

## Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA A VITIMA EM TELA COMUNICANDO QUE CONDUZIA O VEICULO KGW5597, TAXI SIENA DE IPOJUCA-PE SENTIDO CAMELA - IPOJUCA-PE QUANDO O CONDUTOR DE VEICULO DE PLACA OYM0088, ONIX, AZUL, PERDEU O CONTROLE DO SEU VEICULO, INVADIU SUA VIA E COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA QUE PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, RODOPIOU E UM OUTRO VEICULO NÃO IDENTIFICADO TAMBEM COLIDIU NA SUA LATERAL, FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL CAROLZITA BRITO NO DIA 02/11/2018 AS 00:29H, SOB REGISTRO DE PRONTUÁRIO Nº 73015 COM FRATURA NA CLAVICULA ESQUERDA E JOELHO ESQUERDO, POSTERIORMENTE PARA UPA PARA REALIZAÇÃO DE EXAME SOB REGISTRO Nº 43661, ATUALMENTE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO ORTOPÉDICO.

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

**FABIO FELICIANO DA SILVA**  
(VITIMA)



B.O. registrado por: **TERESA CRISTINA COSTA DOS SANTOS** - Matrícula: **273877-4**



# República Federativa do Brasil



## REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

**FÁBIO FELICIANO DA SILVA**

**ANTONIA RISÂNGELA DA SILVA**

MATRÍCULA:

**0762810155 2012 2 00013 025 0003122 50**

**Sendo, Ele, o contraente:** nascido no dia 08 de março de 1984, na cidade de Ipojuca - PE, nacionalidade brasileira, solteiro, vigilante, domiciliado e residente na Rua Armando da Costa Brito, nº 76, em Nossa Senhora do Ó - Ipojuca - PE, filho de: MANOEL FELICIANO DA SILVA NETO, pernambucano e MARIA DE LOURDES FELICIANO DA SILVA, pernambucana.

**E Ela, a contraente:** nascida no dia 13 de junho de 1975, na cidade do Cabo de Santo Agostinho - PE, de nacionalidade brasileira, solteira, aux. administrativa, domiciliada e residente na Rua Armando da Costa Brito, em Nossa Senhora do Ó, Ipojuca - PE, filha de: JOSÉ CAETANO DA SILVA (falecido) e AMARA MARIA DOS SANTOS, pernambucanos.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO

Dezenove de dezembro de dois mil e doze;

DIA

19

MÊS

12

ANO

2012

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO PARCIAL DE BENS.

O CONTRAENTE PASSOU A USAR O NOME DE: O nome que já usava. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

A CONTRAENTE PASSOU A USAR O NOME DE: ANTONIA RISÂNGELA FELICIANO DA SILVA

OBSERVAÇÕES e/ou AVERBAÇÕES

1ª VIA. Casamento Civil realizado no Fórum de Ipojuca, Av. Francisco Alves de Souza, sn, Ipojuca - PE, às 09:00 horas, no dia 19 de dezembro de 2012, perante a Dr. Ildete Veríssimo de Lima, Juíza de Direito e dos Casamentos da 1ª Vara Cível desta Comarca. "VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO".

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO

3º DISTRITO DE NOSSA SENHORA DO Ó - MUNICÍPIO DO IPOJUCA-PE

MARIA DE FÁTIMA DO RÊGO

Oficial de Registro Civil

FLÁVIO HENRIQUE DO RÊGO SOUZA

Oficial Substituto

Ipojuca-PE, 19 de dezembro de 2012.

*Maria de Fátima do Rêgo*  
Assinatura do Oficial

Endereço: Rua Mario Júlio do Rêgo, nº 06, Nossa Senhora do Ó - Ipojuca-PE. CEP: 55.592-000-Fone: (0XX81) 3559-0185. Endereço eletrônico (e-mail): cartorio\_nso@yahoo.com.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA DEFESA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

FABIO FELICIANO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
210042072004 MEX PE

CPF  
064.280.574-17

DATA NASCIMENTO  
08/03/1984

FILIAÇÃO  
MANOEL FELICIANO DA SI  
LVA NETO  
MARIA DE LOURDES FELIC  
IANO DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

VALIDADE

1ª HABILITAÇÃO

Nº REGISTRO

00026057480

06/05/2020

27/03/2017

OBSERVAÇÕES

EAR

*Fabio Feliciano da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE, PE

DATA EMISSÃO

05/11/2018

*Charles Andrews Sousa Ribeiro*  
Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

09554434820  
PE0088967484

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1683891047

PROIBIDO PLASTIFICAR

1683891047





**SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA  
HOSPITAL CAROZITA BRITO**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de direito, que o Sr Fábio Feliciano da Silva, deu entrada no setor de emergência do Hospital Carozita Brito em 02/11/2018 às 00:29h, sob registro de prontuário nº 73915 de mesma data, para atendimento médico.

Segue em anexo a cópia do prontuário de atendimento.

Ipojuca, 19 de Novembro de 2018

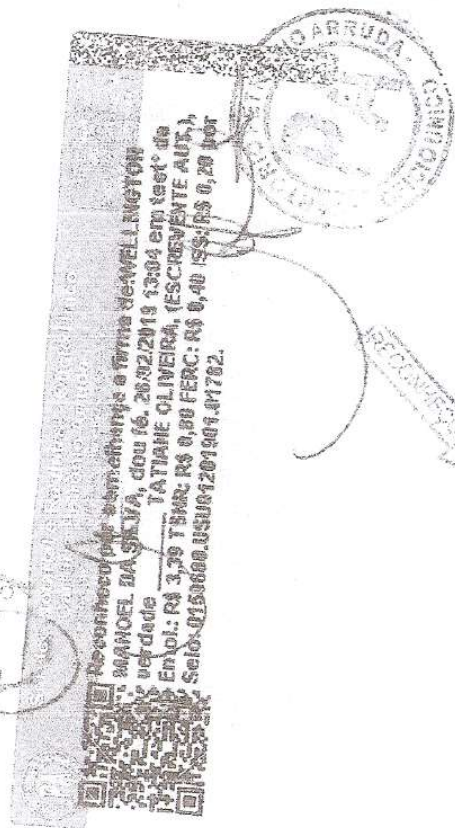
  
Hospital Carozita Brito  
*Sônia M<sup>a</sup> da Silva*  
Diretor Administrativo

Sônia Maria da Silva  
Diretora Administrativa



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (o) Fabio Feliciano da Silva portador do RG nº 7238772 e CPF nº 064.280.594-11 no momento do acidente no dia 02/11/18 estava desempenhando a função de taxista no distrito de Camela município de Ipojuca – PE com carga horária semanal indeterminada de Segunda a domingo. Com contrato de aluguel semanal do táxi fiat siena attractive 1.4 da placa KGW nº 6907 no valor R\$ 350 semanais, pago ao proprietário Sr(o), Welligton Manoel Da Silva. ”



Ipajuca, 26 de maio de 2019

Assinatura do responsável

Assinatura do responsável





SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA  
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

|                       |                                          |                                     |
|-----------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| Nº REGISTRO<br>43.671 | DATA E HORA<br>DO NASCIMENTO<br>08-03-84 | EMERGÊNCIA DE ADULTOS E<br>INFANTIL |
|-----------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|

|                                       |                         |                               |                          |           |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------|
| PACIENTE:<br>Fábio Feliciano da Silva | NASCIMENTO:<br>08-03-84 | IDADE:<br>36                  | SEXO:<br>M               | COR:<br>B |
| ESTADO CIVIL:<br>Solteiro             | PROFISSÃO:<br>Professor | NATURALIDADE:<br>Ipojuca - PE | NACIONALIDADE:<br>Brasil |           |

|                  |          |                                     |
|------------------|----------|-------------------------------------|
| Nº DE IDENTIDADE | FILIAÇÃO | PAI                                 |
|                  | Mãe      | Maria de Lourdes Feliciano da Silva |

|                                            |             |
|--------------------------------------------|-------------|
| ENDEREÇO:<br>Rua Armando da Costa Brito 19 | COMPLEMENTO |
|--------------------------------------------|-------------|

|                      |                    |           |                        |
|----------------------|--------------------|-----------|------------------------|
| BAIRRO:<br>N-S. do O | CIDADE:<br>Ipojuca | UF:<br>PE | TELEFONE:<br>8918-8789 |
|----------------------|--------------------|-----------|------------------------|

|             |
|-------------|
| ORIENTAÇÃO: |
|-------------|

|              |                                   |
|--------------|-----------------------------------|
| PROCEDÊNCIA: | MEIO DE TRANSPORTE:<br>ambulância |
|--------------|-----------------------------------|

CONSULTA DE ENFERMAGEM

|                   |                |             |        |
|-------------------|----------------|-------------|--------|
| DATA:<br>02-11-18 | HORA:<br>01:39 | ENFERMEIRO: | COREN: |
|-------------------|----------------|-------------|--------|

|                  |
|------------------|
| SITUAÇÃO QUEIXA: |
|------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENÇÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO/DROGAS <input type="checkbox"/> PNEUMOPATIAS <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL OUTROS: |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                   |
|-------------------|
| MEDICAÇÃO EM USO: |
|-------------------|

|            |          |         |         |       |
|------------|----------|---------|---------|-------|
| PA: X mmHg | RHS: bpm | FC: bpm | FR: lpm | T: °C |
|------------|----------|---------|---------|-------|

|                      |                 |                 |                    |         |
|----------------------|-----------------|-----------------|--------------------|---------|
| ECG: ABERTURA OCULAR | RESPOSTA VERBAL | RESPOSTA MOTORA | DEFICIÊNCIA MOTORA | PUPILAS |
|----------------------|-----------------|-----------------|--------------------|---------|

|        |        |        |                                                                                                                     |                                                                           |
|--------|--------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| ESCORE | ESCORE | ESCORE | MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> | ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> |
|--------|--------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |                                                                     |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | SUDORESE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | PALIDEZ: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

|               |
|---------------|
| EXAME FÍSICO: |
|---------------|

Paciente vítima de trauma em ombro E  
por acidente automobilístico há 12h. (vis)  
Nega dorres / inchaço  
Rx - fr. clavic. E y

|                         |
|-------------------------|
| DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM: |
|-------------------------|

q: síndrome tipo 8  
Análise

Dr. Carlos Frederico P. de F. Almeida Jr.  
02/11/2018 09:33:48  
Ortopedia/Traumatologia





SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA  
FICHA DE ATENDIMENTO

Ortopedia

ADESIVO

Nº REGISTRO

43.661

DATA E HORA  
DO NASCIMENTO

08.03.84

EMERGÊNCIA DE ADULTOS E  
INFANTIL

PACIENTE:

Fabio Fulciano da Silva

NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

COR:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

Nº DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

PAI

MÃE

ENDEREÇO:

R. Amândio da Costa Brito

BAIRRO:

N.S.O.

CIDADE:

Ipojuca

UF:

TELEFONE:

ORIENTAÇÃO:

PROCEDÊNCIA:

CONSULTA DE ENFERMAGEM

MEIO DE TRANSPORTE:

DATA:

13.11.18

HORA:

10:45

ENFERMEIRO:

Nara Mendonça  
COREN-PE 477846 - ENF

COREN:

SITUAÇÃO QUEIXA:

ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ☐ CARDIOPATIAS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO  
☐ ALCOOLISMO/DROGAS ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL OUTROS:

MEDICAÇÃO EM USO:

PA:

X

mmHg

RHS:

bpm

FC:

bpm

FR:

lpm

T:

°C

ECG: ABERTURA OCULAR

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

DEFICIÊNCIA MOTORA

PUPILAS

ESCORE

ESCORE

ESCORE

MSD ☐

MID ☐

ISOCÓRICAS ☐

DOR: ☐ SIM ☐ NÃO

SUDORESE:

☐ SIM ☐ NÃO

PALIDEZ

☐ SIM ☐ NÃO

EXAME FÍSICO:

K2 clavicula secundária  
a articulação de cerro

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

Caio Henrique Pina  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 22.516

Apresente sinal de lesão por  
contato de segurança  
Recomendo tratamento conservador por  
2 meses





IPAJUCA  
MUNICÍPIO



SECRETARIA DE SAÚDE  
CIPAJUCA

SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA  
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

324 amez

|                       |                                |                                  |
|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Nº REGISTRO<br>739.15 | DATA DE NASCIMENTO<br>08.03.84 | EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL |
|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------|

|                                  |                      |                       |                           |        |
|----------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|--------|
| PACIENTE: João Salsiano da Silva | NASCIMENTO: 08.03.84 | IDADE: 36 anos        | SEXO: M                   | COR: B |
| ESTADO CIVIL: Casado             | PROFISSÃO: Professor | NATURALIDADE: Ipajuca | NACIONALIDADE: Brasileira |        |

|                  |          |                                |
|------------------|----------|--------------------------------|
| Nº DE IDENTIDADE | FILIAÇÃO | PAI                            |
|                  | MSE      | Maria da Conceição S. da Silva |

|                                             |             |
|---------------------------------------------|-------------|
| ENDEREÇO: Rua Amândio da Costa Brito N.º 49 | COMPLEMENTO |
|---------------------------------------------|-------------|

|                     |                 |        |           |
|---------------------|-----------------|--------|-----------|
| Bairro: N. S. Do C. | Cidade: Ipajuca | UF: PE | TELEFONE: |
|---------------------|-----------------|--------|-----------|

|             |              |                     |
|-------------|--------------|---------------------|
| ORIENTAÇÃO: | PROCEDÊNCIA: | MEIO DE TRANSPORTE: |
|-------------|--------------|---------------------|

|                        |
|------------------------|
| CONSULTA DE ENFERMAGEM |
|------------------------|

|                |             |             |        |
|----------------|-------------|-------------|--------|
| DATA: 02.11.18 | HORA: 00.29 | ENFERMEIRO: | COFEN: |
|----------------|-------------|-------------|--------|

|                  |
|------------------|
| SITUAÇÃO QUEIXA: |
|------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> H. PÉPTICA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO/DROGAS <input type="checkbox"/> PNEUMOPATIAS <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL <input type="checkbox"/> OUTROS: |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                   |
|-------------------|
| MEDICAÇÃO EM USO: |
|-------------------|

|                      |                 |                 |                                                                                                                     |                                                                         |    |
|----------------------|-----------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----|
| PAI: X mmHg          | R-HS: com       | FC: com         | FR: com                                                                                                             | TD: com                                                                 | PO |
| EOG. ABERTURA OCULAR | RESPOSTA VERBAL | RESPOSTA MOTORA | DEFICIÊNCIA MOTORA                                                                                                  | PUPILAS                                                                 |    |
| ESCORE               | ESCORE          | ESCORE          | MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> | ISOCÓRIAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRIAS <input type="checkbox"/> |    |

|                                                                |                                                                    |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | SUPORTE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | PALEZ: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

|               |
|---------------|
| EXAME FÍSICO: |
|---------------|

|                         |
|-------------------------|
| DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM: |
|-------------------------|

Quilômetro Hospitalar Carolina Brito  
R. 02 - R. São do C. - Ipajuca-PE





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE



## FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA- FEE

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_

### REFERÊNCIA / DADOS DO USUÁRIO / MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO

\*Nome do Usuário: FABIO FRANCISCO VA SILVA

\*Cartão SUS Nº: \_\_\_\_\_

\*Data de Nascimento: / /

Sexo:

Masc. ☐

Fem. ☐

Cor referida: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

\*Especialidade Solicitada: Assistência Médica

\*Justificativa do Encaminhamento ao especialista/Hipótese diagnóstica:

- tumor sólido negro.

Assinatura do profissional de saúde e Número do registro de classe

Data: 04/02/19

### CONTRA-REFERÊNCIA / DIAGNÓSTICO E/OU CONDUTA ADOTADA NA UNIDADE EXECUTANTE

Assinatura do profissional de saúde e Número do registro de classe

Data: / /

### AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Unidade Executante: \_\_\_\_\_

Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

Nº CHAVE

Profissional Executante: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

ATENDIMENTO POR  
ORDEN DE CHEGADA

\*Campos de preenchimento obrigatório



Código 269783650



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE



## FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA- FEE

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_

### REFERÊNCIA DADOS DO USUÁRIO / MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO

\*Nome do Usuário: Pedro Rafael Meleiros

\*Cartão SUS Nº: \_\_\_\_\_

\*Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:

Masc. ☐

Fem. ☐

Cor referida: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

\*Especialidade Solicitada: Ortopedia

\*Justificativa do Encaminhamento ao especialista/Hipótese diagnóstica:

- Dor crônica no joelho.

Dr. Herivelto Alexandre

Médico Ortopedista  
Cirurgia do Quadril e Artroscopia  
CRM-PE 16239/SBC 12499/SBQ 712

Assinatura do profissional de saúde e Número do registro de classe

Data: 24/12/18

### CONTRA-REFERÊNCIA / DIAGNÓSTICO E/OU CONDUTA ADOPTADA NA UNIDADE EXECUTANTE

Assinatura do profissional de saúde e Número do registro de classe

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Unidade Executante: \_\_\_\_\_

Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

Nº CHAVE

Profissional Executante: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

ATENDIMENTO POR  
ORDEM DE CHEGADA

de preenchimento obrigatório.



Assinado eletronicamente por: PEDRO RAFAEL MELO MEIRELES - 14/09/2020 09:33:48

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091409334874000000066584909>

Número do documento: 20091409334874000000066584909

Num. 67885376 - Pág. 2



NOME  
REG.:

Antônio Lizangeli

SOLICITO:

HEMOGRAMA COM PLAQUETAS

glicose, ureia, creatinina

Alfredo Quintino Q. R. da Silva  
Oncologia  
CRM: 3486

Recp  
16/08/18

*[Handwritten signature]*

663.009840

AV. Cruz Cabugá, 1507 - Santo Amaro - Recife - PE  
CEP: 50040-000 - Fone: (081) 3217.8000



SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

( ) MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ( ) DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA FABIO FELICIANO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 03/11/18 POSSUI CPF: ( ) SIM ( ) NÃO Nº CPF 064.280.514-12

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ( ) Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ( ) CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ☒ Não
- ( ) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ( ) Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( ) CPF da vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ( ) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ( ) Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( ) CPF da vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ( ) Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( ) CPF da vítima (cópia simples)
- ( ) Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ( ) CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ( ) Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ( ) Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ( ) Sim ( ) Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - ( ) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ( ) Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
  - ( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
  - ( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
  - ( ) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
  - ( ) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
  - ( ) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE ( FILHO(A) OU NETO(A))**
  - ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
  - ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
  - ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
  - ( ) Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
  - ( ) Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
  - ( ) Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) FABIO FELICIANO DA SILVA  
 Quem é o portador? ☒ Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador 064.280.514-12  
 E-mail \_\_\_\_\_ Tel. (011) 98918 8385  
 Data 03/10/19 Assinatura Fabio Feliciano da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) ACIPOLUCA - SE/PE  
 Atendente JAILSON ACVES Matrícula 3586100  
 Data 08/01/19 Assinatura: Jailson Alves



Num. 67885380 - Pág. 2

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA FABIO FELICIANO DA SILVA  
DATA DO ACIDENTE 20/11/19 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 064.280.594-12

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA) E COMPANHEIRO (A)**
  - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
  - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
  - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
  - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
  - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
  - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) \_\_\_\_\_  
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 064.280.594-12  
E-mail \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Data 21/02/19 Assinatura Fabio Feliciano da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC IDJUVA - SE/DE  
Atendente JAISON ALVES Matrícula 2006100  
Data: 21/02/19 Assinatura: JAISON ALVES







# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DO IPOJUCA - IPOJUCA - PE

End: Rua do Comércio, 160 - Centro

Fone: (81) 3551.1147 - CNPJ 11.294.386/0001-08

Cidade: Ipojuca PE

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Fabio Edson de Azeite

Endereço:

Prescrição:

Algodão

020

Tome 020mg 10 dias

Política N.º 3ra. do O  
DISPENSADO  
DATA: 19/11/18

Dr. Carlos Frederico W. de Miranda Jr.  
CRM-PE 20558  
Especialista em Traumatologia

Assinatura

Data

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Ident.

Org. Emissor

End:

Cidade:

UF:

Telefone:

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA:





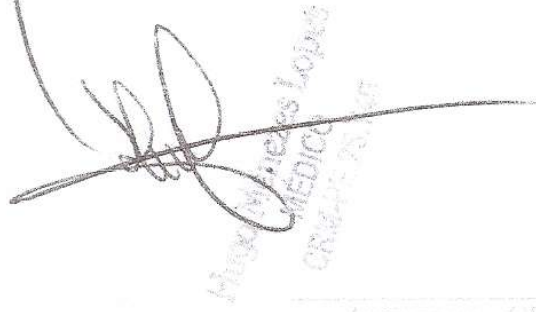
Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

\* Debracção \*

Declaro para os devidos fins que o paciente foi atendido, conforme prontuário, hoje às 00:29 por este médico. Exame com guiza de dor no ombro Esquerdo, pulso esquerdo e torax. Apresenta fratura completa de clavícula, conforme descrição de prontuário. No tempo, fratura de clavícula esquerda. Feito imobilização e analgesia.

Ass: 22.06

  
Pedro Rafael Melo Meireles  
Médico  
CRM 12.126

02/09/20

Data

Assinatura - CRM



  
MUNICÍPIO DE  
**IPOJUCA**  
Secretaria de Saúde  
**RECEITUÁRIO**

Leite materno

Para bebês com até 6 meses  
Segundo recomendação da OMS  
até 3 meses: 100ml  
A partir dos 4 meses 150ml  
por dia REASIMADO.

CID-10: S92

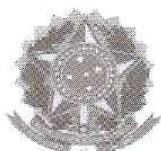
22/09/18

Data

Dr. Horácio Alexandre  
Médico Titular da  
Unidade de Saúde da Família  
CRM 10.140.100-1

Assinatura - CRM





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

CABO DE SANTO AGOSTINHO

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE  
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

**SABI**  
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE  
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

REQUERIMENTO Nº 193653945  
BENEFÍCIO Nº 6260791589

Prezado (a) Sr(a)

FABIO FELICIANO DA SILVA

(NOME DO SEGURADO)

00007038393

40879 / 79

13529539456

(RG/CERTIDÃO)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

**Data:** 07/01/2019

**Hora:** 10:00

**Endereço:**

R DAS FLORENTINAS, N 88

CENTRO

CABO DE SANTO AGOSTINHO - P

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.  
Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.  
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Cabo de Santo Agostinho, 18 de dezembro de 2018

\_\_\_\_\_  
Nome/Cargo/Assinatura  
(Atendente)

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. do Requerente/ Rep. Legal



**PACIENTE : FÁBIO FELICIANO DA SILVA**  
**DATA : 29/01/19**

## **ULTRA-SONOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

### **METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com transdutor linear multifrequencial.

### **ANÁLISE:**

Tendão do quadríceps femoral de calibre, contornos e textura preservados.

Coxim gorduroso supra e infrapatelar sem alterações.

Bolsa sinovial suprapatelar de tamanho e conteúdo normal.

Pequeno derrame articular supra-patelar.

Tendão patelar de espessura e aspecto normal.

Bolsas infrapatelar subcutânea e profunda de tamanho e conteúdo normal.

Face lateral e medial articulares aparentemente sem patologia.

Tendões anserinos com configuração anatômica.

Ligamentos colateral lateral e colateral medial sem sinais de patologia.

Ausência de massas ou coleções em projeção de fossa poplíteia.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Pequeno derrame articular supra-patelar. —

*OBS.: Possíveis lesões dos ligamentos cruzados e meniscos deverão ser melhor avaliados por Ressonância Magnética.*

  
DR. GILBERTO BRITO JR  
CRM 17652

