
Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200170786

Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Data do Acidente: 27/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

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, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200170786

Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Data do Acidente: 27/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, em cópia simples, pois somente foi entregue o registro policial complementar.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200170786

Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Data do Acidente: 27/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200170786

Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Data do Acidente: 27/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

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\$ 2.531,25

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000002778**

Conta: **0000049655-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

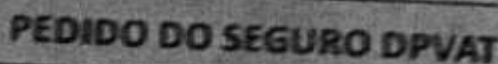
NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, 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,





130 For 494-13 JOSE MARIAS REZARPA JUNIOR

JOSE NESSIAS BEZERRA JUNIOR		130.704.494-13	
ESTABELECIMENTO	R. ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS 28		
CENTRO	BREJO DA MADRE DE JESUS PE	53170-000	
		219 7711 6704	

[illegible][illegible]

20. ☐ Sima
21. ☐ Nu

22. ☐ Sima
23. ☐ Nu

24. ☐ Sima
25. ☐ Nu

26. ☐ Sima
27. ☐ Nu

28. ☐ Sima
29. ☐ Nu

30. ☐ Sima
31. ☐ Nu

32. ☐ Sima
33. ☐ Nu

34. ☐ Sima
35. ☐ Nu

36. ☐ Sima
37. ☐ Nu

38. ☐ Sima
39. ☐ Nu

40. ☐ Sima
41. ☐ Nu

42. ☐ Sima
43. ☐ Nu

44. ☐ Sima
45. ☐ Nu

46. ☐ Sima
47. ☐ Nu

48. ☐ Sima
49. ☐ Nu

50. ☐ Sima
51. ☐ Nu

52. ☐ Sima
53. ☐ Nu

54. ☐ Sima
55. ☐ Nu

56. ☐ Sima
57. ☐ Nu

58. ☐ Sima
59. ☐ Nu

60. ☐ Sima
61. ☐ Nu

62. ☐ Sima
63. ☐ Nu

64. ☐ Sima
65. ☐ Nu

66. ☐ Sima
67. ☐ Nu

68. ☐ Sima
69. ☐ Nu

70. ☐ Sima
71. ☐ Nu

72. ☐ Sima
73. ☐ Nu

74. ☐ Sima
75. ☐ Nu

76. ☐ Sima
77. ☐ Nu

78. ☐ Sima
79. ☐ Nu

80. ☐ Sima
81. ☐ Nu

82. ☐ Sima
83. ☐ Nu

84. ☐ Sima
85. ☐ Nu

86. ☐ Sima
87. ☐ Nu

88. ☐ Sima
89. ☐ Nu

90. ☐ Sima
91. ☐ Nu

92. ☐ Sima
93. ☐ Nu

94. ☐ Sima
95. ☐ Nu

96. ☐ Sima
97. ☐ Nu

98. ☐ Sima
99. ☐ Nu

100. ☐ Sima
101. ☐ Nu

102. ☐ Sima
103. ☐ Nu

104. ☐ Sima
105. ☐ Nu

106. ☐ Sima
107. ☐ Nu

108. ☐ Sima
109. ☐ Nu

110. ☐ Sima
111. ☐ Nu

112. ☐ Sima
113. ☐ Nu

114. ☐ Sima
115. ☐ Nu

116. ☐ Sima
117. ☐ Nu

118. ☐ Sima
119. ☐ Nu

120. ☐ Sima
121. ☐ Nu

122. ☐ Sima
123. ☐ Nu

124. ☐ Sima
125. ☐ Nu

126. ☐ Sima
127. ☐ Nu

128. ☐ Sima
129. ☐ Nu

130. ☐ Sima
131. ☐ Nu

132. ☐ Sima
133. ☐ Nu

134. ☐ Sima
135. ☐ Nu

136. ☐ Sima
137. ☐ Nu

138. ☐ Sima
139. ☐ Nu

140. ☐ Sima
141. ☐ Nu

142. ☐ Sima
143. ☐ Nu

144. ☐ Sima
145. ☐ Nu

146. ☐ Sima
147. ☐ Nu

148. ☐ Sima
149. ☐ Nu

150. ☐ Sima
151. ☐ Nu

152. ☐ Sima
153. ☐ Nu

154. ☐ Sima
155. ☐ Nu

156. ☐ Sima
157. ☐ Nu

158. ☐ Sima
159. ☐ Nu

160. ☐ Sima
161. ☐ Nu

162. ☐ Sima
163. ☐ Nu

164. ☐ Sima
165. ☐ Nu

166. ☐ Sima
167. ☐ Nu

168. ☐ Sima
169. ☐ Nu

170. ☐ Sima
171. ☐ Nu

172. ☐ Sima
173. ☐ Nu

174. ☐ Sima
175. ☐ Nu

176. ☐ Sima
177. ☐ Nu

178. ☐ Sima
179. ☐ Nu

180. ☐ Sima
181. ☐ Nu

182. ☐ Sima
183. ☐ Nu

184. ☐ Sima
185. ☐ Nu

186. ☐ Sima
187. ☐ Nu

188. ☐ Sima
189. ☐ Nu

190. ☐ Sima
191. ☐ Nu

192. ☐ Sima
193. ☐ Nu

194. ☐ Sima
195. ☐ Nu

196. ☐ Sima
197. ☐ Nu

198. ☐ Sima
199. ☐ Nu

200. ☐ Sima
201. ☐ Nu

202. ☐ Sima
203. ☐ Nu

204. ☐ Sima
205. ☐ Nu

206. ☐ Sima
207. ☐ Nu

208. ☐ Sima
209. ☐ Nu

210. ☐ Sima
211. ☐ Nu

212. ☐ Sima
213. ☐ Nu

214. ☐ Sima
215. ☐ Nu

216. ☐ Sima
217. ☐ Nu

218. ☐ Sima
219. ☐ Nu

220. ☐ Sima
221. ☐ Nu

222. ☐ Sima
223. ☐ Nu

224. ☐ Sima
225. ☐ Nu

226. ☐ Sima
227. ☐ Nu

228. ☐ Sima
229. ☐ Nu

230. ☐ Sima
231. ☐ Nu

232. ☐ Sima
233. ☐ Nu

234. ☐ Sima
235. ☐ Nu

236. ☐ Sima
237. ☐ Nu

238. ☐ Sima
239. ☐ Nu

240. ☐ Sima
241. ☐ Nu

242. ☐ Sima
243. ☐ Nu

244. ☐ Sima
245. ☐ Nu

246. ☐ Sima
247. ☐ Nu

248. ☐ Sima
249. ☐ Nu

250. ☐ Sima
251. ☐ Nu

252. ☐ Sima
253. ☐ Nu

254. ☐ Sima
255. ☐ Nu

256. ☐ Sima
257. ☐ Nu

258. ☐ Sima
259. ☐ Nu

260. ☐ Sima
261. ☐ Nu

262. ☐ Sima
263. ☐ Nu

264. ☐ Sima
265. ☐ Nu

266. ☐ Sima
267. ☐ Nu

268. ☐ Sima
269. ☐ Nu

270. ☐ Sima
271. ☐ Nu

272. ☐ Sima
273. ☐ Nu

274. ☐ Sima
275. ☐ Nu

276. ☐ Sima
277. ☐ Nu

278. ☐ Sima
279. ☐ Nu

280. ☐ Sima
281. ☐ Nu

282. ☐ Sima
283. ☐ Nu

284. ☐ Sima
285. ☐ Nu

286. ☐ Sima
287. ☐ Nu

288. ☐ Sima
289. ☐ Nu

290. ☐ Sima
291. ☐ Nu

292. ☐ Sima
293. ☐ Nu

294. ☐ Sima
295. ☐ Nu

296. ☐ Sima
297. ☐ Nu

298.

<p>15. Nombre legible de quien saca o pide la copia</p> <p>16. Cód. legible de quien saca o pide la copia</p> <p>17. Autorización de quien saca o pide la copia</p>	<p>18. 2ª. Fecha</p> <p>Cód. _____</p> <p>19. 2ª. Nombre _____</p> <p>Cód. _____</p>
---	--

U. S. DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

© American Structural Steel Institute

4. *Suppose that the following is the demand curve for a good:*



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS - DP107ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0197000294

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/04/2020 às 12:22

Complementa o BO Número: 20E0197000293

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 27/1/2020 às 19:05

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, AVENIDA CLETO CAMPELO** - Bairro: **CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AUTOR \ AGENTE)
FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (OUTRO)
JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

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

JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA DE SOUZA Data do Nascimento: 15/2/2002 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 28, RUA ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AUTOR (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FRANKLIN FIDELIS DE MOURA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

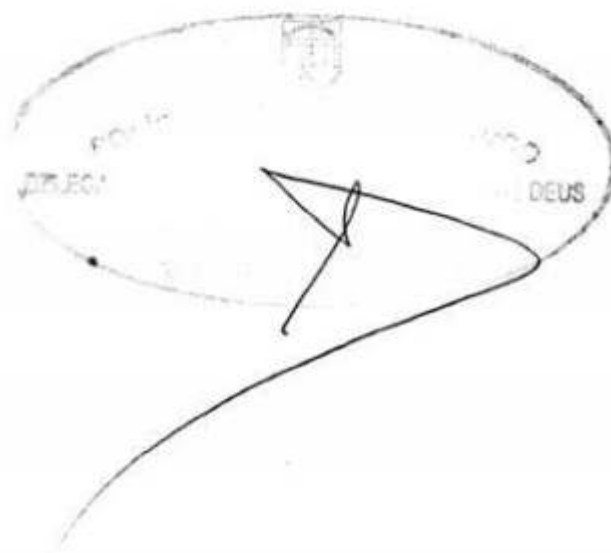
Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO NO LOCAL INDICADO NESSE BO QUANDO O AUTOR VEIO NA CONTRAMÃO E A VÍTIMA COLIDIU COM O MESMO. A VÍTIMA RELATA QUE QUEBROU O PULSO E A CLAVICULA E O NUMERO DO PRONTUARIO DA UPA MESTRE CAMARAO CONFIRMANDO O FATO É O 764118.

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

JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ARTHUR DIEGO DE BRITO MINA PEREIRA** - Matrícula: **3877264**



Bandeira do Estado
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS -
DP107ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0197000315

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/05/2020** às **15:18**

Complementa o BO Número: **20E0197000294**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/1/2020** às **19:05**

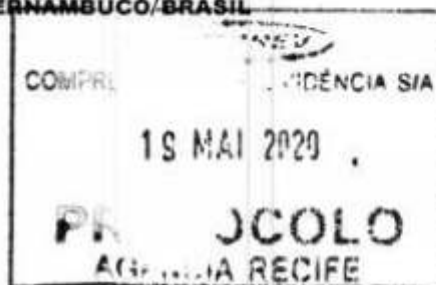
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, AVENIDA CLETO CAMPELO** - Bairro: **CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AUTOR \ AGENTE)
FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (OUTRO)
JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR**



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

JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA DE SOUZA Data de Nascimento: **15/2/2002** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 28, RUA ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AUTOR (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANKLIN FIDELIS DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEE4070** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **397588887** Chassi: **9C2ND0910BR220622**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

Complemento / Observação

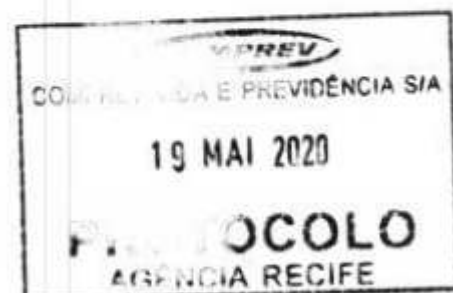
A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO NO LOCAL INDICADO NESSE BO QUANDO O AUTOR VEIO NA CONTRAMÃO E A VÍTIMA COLIDIU COM O MESMO. A VÍTIMA RELATA QUE QUEBROU O PULSO E A CLAVICULA E O NUMERO DO PRONTUARIO DA UPA MESTRE CAMARAO CONFIRMANDO O FATO É O 764118.

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

JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR
(VITIMA)



B.O. registrado por: **ARTHUR DIEGO DE BRITO MINA PEREIRA** - Matrícula: 3877264





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS - DP107ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0197000293

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/04/2020** às **12:15**

Complementado pelo BO Número: **20E0197000294**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **27/1/2020** às **19:05**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA BERENICE ARAUJO -**
Bairro: **CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AUTOR / AGENTE)
FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (OUTRO)
J.M.B.J. (Menor de Idade) (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): J.M.B.J. (Menor de Idade)

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

J.M.B.J. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA DE SOUZA Data de Nascimento: **15/2/2002** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 28, RUA ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AUTOR (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

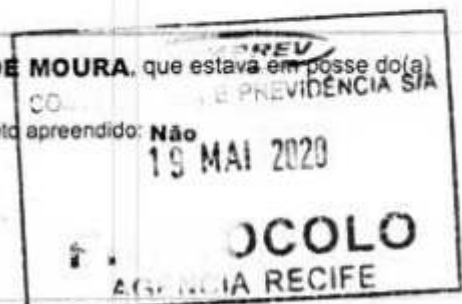
FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANKLIN FIDELIS DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO NO LOCAL INDICADO NESSE BO QUANDO O AUTOR VEIO NA CONTRAMÃO E A VÍTIMA COLIDIU COM O MESMO. A VÍTIMA RELATA QUE QUEBROU O PULSO E A CLAVÍCULA E O NÚMERO DO PRONTUÁRIO DA UPA MESTRE CAMARÃO CONFIRMANDO O FATO É O 764118.

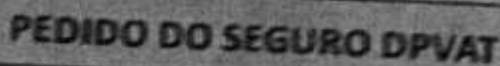


Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

J.M.B.J. (Menor de Idade)
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ARTHUR DIEGO DE BRITO MINA PEREIRA** - Matrícula: **3877264**





JOSE NESSIAS BEZERRA JUNIOR		130.704.494-13	
ESTABELECIMENTO	R. ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS 28		
CENTRO	BREJO DA MADRE DE JESUS PE	53170-000	
		219 7711 6704	

[illegible]

2. Decida, com base no texto, se cada uma das afirmações é verdadeira ou falsa. Se verdadeira, escreva "verdadeira" e, se falsa, escreva "falsa".

- A taxa de juros é a remuneração pelo uso do dinheiro.
- A taxa de juros é a remuneração pelo uso do dinheiro.
- A taxa de juros é a remuneração pelo uso do dinheiro.
- A taxa de juros é a remuneração pelo uso do dinheiro.

3. Decida, com base no texto, se cada uma das afirmações é verdadeira ou falsa. Se verdadeira, escreva "verdadeira" e, se falsa, escreva "falsa".

- A taxa de juros é a remuneração pelo uso do dinheiro.
- A taxa de juros é a remuneração pelo uso do dinheiro.
- A taxa de juros é a remuneração pelo uso do dinheiro.
- A taxa de juros é a remuneração pelo uso do dinheiro.

[illegible]

15. Name legend of your account profile (in tag) _____ 16. CRI legend of your account profile (in tag) _____ 17. Autograph of your account profile (in tag) _____	18. 1st Name CRI _____ _____ Autograph of the student/teacher 19. 2nd Name CRI _____ _____ Autograph of the student/teacher
--	--

U. S. DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

© 2000 by the author. All rights reserved.

4. *Suppose that the following is the demand curve for a good:*

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: 12/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000049655-1

Nr. da Autenticação CFFDE9F8B8D7E8F1

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.933/0001-08 | Insc. Est. 0005843-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA APARECIDA DE SOUZA

CPF: 034.385.174-18 NIS: 16402120547

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BARRAGEM CLAYTON
Mantúculo

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA EUGÊNIO DE OLIVEIRA LAMARCA 25

CELTURVENEJO DA MARELA DE FÉLIX
BREJO DA MADRE DE DEUS PE
55170-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
087487925	UNICA	09/12/2019

DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA REGISTRAÇÃO
09/12/2019	2012557262	452421

CONTA CONSUMO	MÊS
7013082183	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
02/01/2020	07/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	32,82

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo de 30 kWh	30,0000000	0,18700701	5,61
Consumo Abaixo Superior a 30 até 100 kWh	69,0000000	0,32212630	22,22
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,18
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,56
Contrib. Rum. Pública Municipal			3,21
			*

TOTAL DA FATURA

32,82

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
08811	CAT	07/12/2019	75.499,00	09/12/2019	75.756,00	32	1,0000		25,56

DETALHAMENTO DO CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DA CONTA
Mês de Referência: 12/19		
DEZ 19: 48		Despesa de Energia: R\$ 14,09 47,2%
NOV 19: 52		Transmissão: R\$ 1,75 5,35%
OUT 19: 56		Distribuição: R\$ 3,44 10,48%
SET 19: 63		Perdas de Energia: R\$ 2,37 7,23%
AUG 19: 83		Imposto sobre Serviços: R\$ 0,92 2,81%
JUL 19: 78		Imposto: R\$ 0,72 2,19%
JUN 19: 81		Total: R\$ 29,29 100%
MAY 19: 102		
ABR 19: 83		
MAR 19: 101		
FEV 19: 86		
JAN 19: 74		
DEZ 19: 103		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague 1% por dia multa, por atraso no pagamento da conta de energia elétrica. O cliente deve pagar a conta de energia elétrica até o dia 10 de cada mês. Caso não seja pago, a conta será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer com o corte de energia elétrica. O cliente deve pagar a conta de energia elétrica até o dia 10 de cada mês. Caso não seja pago, a conta será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer com o corte de energia elétrica. O cliente deve pagar a conta de energia elétrica até o dia 10 de cada mês. Caso não seja pago, a conta será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer com o corte de energia elétrica.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

DATA EM ABERTO	VALOR EM ABERTO	DATA EM ABERTO	VALOR EM ABERTO
08/12/19	21,72	07/12/19	40,58

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE TENSÃO (V)
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE TENSÃO (V)
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE TENSÃO (V)
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE TENSÃO (V)

LIMITE DE TENSÃO: 12,32 VOLT - Valor de Tensão de Referência: 12,32 VOLT - Valor de Tensão de Referência: 12,32 VOLT

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Brejo da Madre de Deus, 15 de fevereiro de 2020.

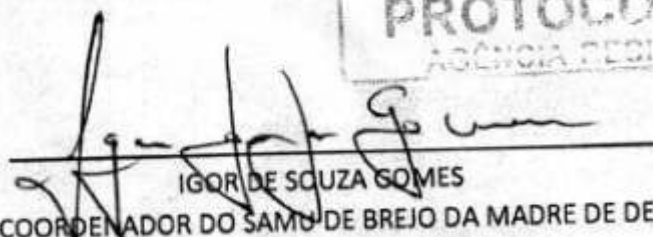
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção a pedido dos familiares do senhor José messias bezerra junior, portador do RG: 10.421.392-SDS e do CPF: 130.701.494-13, que consta nos registros de ocorrências do SAMU, base descentralizada, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, com ID: 0227, no dia 27/01/2020, às 17H:05 min, na RUA cleto campelo, Bairro centro, Brejo da Madre de Deus, vítima de acidente de moto, tendo sido enviado a USB, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para a UPA Mestre Camarão, no município de Brejo da Madre de Deus, sendo atendido pela equipe da unidade.

Ainda de acordo com os registros de informações do SAMU, foi realizado protocolo de trauma + imobilização de prováveis fraturas + AVP para veículo medicamentoso.

Brejo da Madre de Deus, 15 de fevereiro de 2020




IGOR DE SOUZA GOMES
COORDENADOR DO SAMU DE BREJO DA MADRE DE DEUS.
COREN:346.324-PE

HOSPITAL MEMORIAL


Nº PRONTUÁRIO
57070

DATA DE ENTRADA

30/01/2020 ÀS 17:32

Nº REGISTRO
8029

BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR		SEXO: Masculino	NASCIMENTO: 15/02/2002	IDADE: 17 anos, 11 meses e 15 dias
NOME DA MAE: MARIA APARECIDA DE SOUZA		NOME DO PAI: JOSE MESSIAS BEZERRA	IDENTIDADE: 10421392	CPF: 130.701.494-13
TELEFONE: (81) 99795-0663				
ENDEREÇO: ERASMO DE OLIVEIRA	Nº: 28	BAIRRO: CENTRO	CIDADE: BREJO DA MADRE DE DEUS	UF: PE
CEP: 55170000	CELULAR:			
CONVÊNIO: 31 PARTICULAR	MATRICULA:	VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1999	SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG
CRM/MÉDICO: 015582 GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA	ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: AMANDASOUZA	
BLOCO: 3º ANDAR	ACOMODACAO: ENFERMARIA 308	LEITO: 8	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: CARUARU
PROFISSÃO:				

Queixa Principal:

trauma no braço

História Clínica:

*com trauma no braço direito
(esquerda)*

Exames:

cd: tratamento cirúrgico

HD:

Dr. Gustavo Libório Santos de Almeida
TRAUMA ORTOPEDIA
CRM 015582
TÍTUL. 22.12.2018
11/01/2020 17:32

Condição: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito

Data Alta: ____/____/____ Hora: ____

Médico Responsável: _____

Maria Aparecida de Souza
Paciente ou Responsável

AMANDASOUZA



GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR
Prontuário: 570/70 Registro: 8029
Sexo: Masculino Idade: 17a 11m 16d
Localização: JANDA, ENF308, B
Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafaela de Andrade Santos
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 30/01/2020 às 17:32
Ata:

Evoluções do paciente

31/01/2020 às 06:33:21 - SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A ENFERMAGEM

Localização: JANDA, ENF308, B

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

1 - CABEÇALHO

1.1 - Jejum
Não

1.2 - Acesso Venoso
Sim
Local

2 - EXAME FÍSICO

3 - Eliminações fisiológicas

4 - Integridades da pele

4.1 - Estado Geral: Regular

4.2 - Nível de Consciência

Consciente

Orientado

Calm

4.3 - Hidratação: Hidratado

4.4 - Sono e repouso: Preservado

4.5 - Higiene Corporal: Adequada

4.6 - Higiene Bucal: Adequada

4.7 - Alimentação

Via Oral

Tipo:

Bom Aceitação

4.8 - Deambulação: Dependente e/ou com auxílio

4.9 - Regulação Térmica: Afebril

4.10 - Oxigenação

Eupnéico

4.11 - Regulação Vascular: Normocárdico

4.12 - Pulso: Cheio

4.13 - Regulação Abdominal

Plano

Indolor

4.14 - Hábito Urinário

Espontâneo

4.15 - Ferida Operatória

Sim

Local

4.16 - Dreno

Não

5 - Diagnóstico de Enfermagem

Risco para infecção
Risco para sangramento

6 - Condutas de Enfermagem

Lavagem das mãos antes e após os procedimentos, utilizar EPIs e técnicas assépticas.

Página: 1 de 2

Emitido em: 31/01/2020 06:33:41

AV JOSÉ CRÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 68014-320



GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR
Prontuário: 570/70 Registro: 8029
Sexo: Masculino Idade: 17a 11m 16d
Localização: 3ANDA, ENF308 B
Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafaela de Andrade Santos
Convênio: PARTICULAR HSG
CID:
Entrada: 30/01/2020 às 17:32
Alta:

Evoluções do paciente

Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo
Avaliar o processo de cicatrização da fenda operatória
Avaliar locais de inserção de cateteres quanto a presença de sinais flogísticos.
Encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros.
Orientar quanto a deambulação precoce
Explicar ao paciente a rotina do hospital e os procedimentos a serem realizados
Oferecer informação sobre os cuidados no pré e no pós-operatório
Oferecer apoio e minimizar a ansiedade
Administrar medicação conforme prescrição médica.
Oferecer conforto ao paciente
Orientar quanto a importância de manter uma boa higienização para diminuir os riscos de infecção.

7 - Evolução Enfermagem

7.1 - Descrição

PACIENTE EM P.O.I.TTO CIRÚRGICO DE FUNHO ESQUERDO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADO, ACANÓTICO, ANITÉRICO, EUPNÉICO, NORMOCORADO, SEM QUEIXAS. TALA GESSADA EM MISE, MEMBRO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA. PACIENTE JA ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

8 - Avaliação do Grau de Risco - Escala de Braden

- 8.1 - Percepção Sensorial: Levemente Limitado
- 8.2 - Umidade: Rara
- 8.3 - Atividade: Deambula Ocasionalmente
- 8.4 - Mobilidade: Discreta Limitação
- 8.5 - Nutrição: Inadequada
- 8.6 - Fricção Oclatamento: Sem Problema Aparente
- 8.7 - Total: 18 Pontos

9 - Escala de Coma de Glasgow

- 9.1 - Abertura Ocular: Espontânea
- 9.2 - Resposta Verbal: Orientado e Conversando
- 9.3 - Resultado: 15 Pontos
- 9.4 - Resposta Motora: Ao Comando

Simone Rafaela de Andrade Santos
COREN PE-199780 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____:____

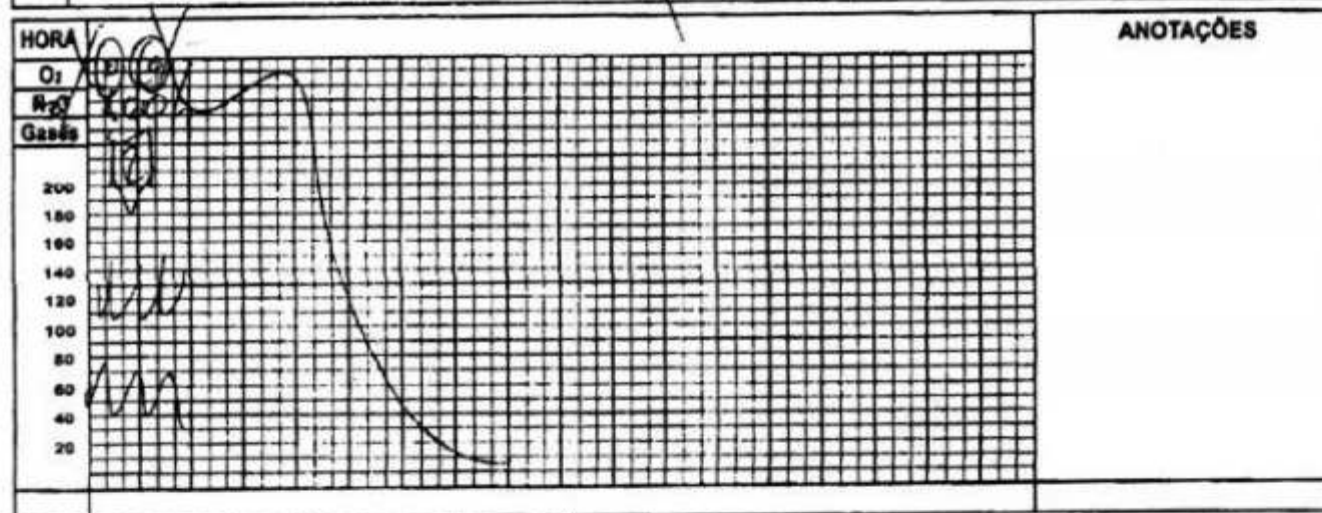
FICHA DE ANESTESIA

CATEGORIA

Prevenção

NOME: <i>João Marcos Bezerra Junior</i>					DATA: <i>30/01/2020</i>	REG:
SEXO:	COR:	IDADE: <i>17</i>	PESO:	ALT:	HOSPITAL:	

PRÉ-OPERATÓRIA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO								
	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA <i>VENOSA</i>				
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS					
	NA	K	CL	RESERVA ACL					
	OP. PROPOSTA	<i>10 cir. fetal. direito 4.º</i>				ALERGIA:			
OP. REALIZADA:					ANEST. ANTERIOR:				
					PRÉ-ANESTÉSICO:				



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂				
<i>1) Propofol</i>	<i>200</i>		Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda		Intubação		
			Posição	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.	
			Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final	
			Resultado	Reflexo			
			Duração da Op.	Duração da Anest.			
			Monitorização				
			Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR	CIRC
				RESP	S.R.		

Liberto
Médico Cirurgião

[Signature]
Médico Anestesiologista

HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PACIENTE	REGISTRO	DATA
CONVÊNIO	PROCEDIMENTO	
QUIRÚRGICO	ANESTESISTA	
1º AUXILIAR	2º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR	INÍCIO	TÉRMINO
ANESTESIA	CIRCULANTE	

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TERMINO
Taxa de aparelho de anestesia		
Taxa de Aspirador		
Taxa de Bisturi Elétrico		
Taxa de Manômetro		
Taxa de Monitor Cardíaco		
Taxa de Monitor		
Taxa de Oxímetro de Pulso		
Taxa de Sala		
Taxa de Visão e Audição		

[illegible]



FICHA DE INTERNAÇÃO
TERMO DE RESPONSABILIDADE

AV. PEDRO JORDÃO, 734 - MAURÍCIO DE NASSAU - FONE: (81) 3727-7250 - CEP: 55.014-320 - CARUARU - PE

DADOS DO PACIENTE			
Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR			Registro: 8029
Nascimento: 15/02/2002	17 Anos	Sexo: Masculino	Natural: CARUARU
Identidade: 10421392	CPF: 130.701.494-13	Profissão:	
Endereço: ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS			Bairro: CENTRO
Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS	UF	CEP: 55170000	
Filiação: MARIA APARECIDA DE SOUZA			/ JOSE MESSIAS BEZERRA
Telefone: (81) 99795-0663	Celular:	Religião:	
DADOS DA INTERNAÇÃO			
Médico Internação: GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA			Prontuário: 57070
Convênio: PARTICULAR HSG			Data Internação:
Matrícula:	Guia:	Validade Guia:	Senha:
Tipo Acomodação: Enfermaria		Clínica: Cirúrgica	
Bloco: 3º ANDAR	Acomodação: ENFERMARIA 308	Leito: B	
DADOS DO RESPONSÁVEL			
Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR		CPF: 130.701.494-13	Identidade: 10421392
Endereço: ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS		Bairro: CENTRO	
Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS		UF	Telefone: 81997950663
TERMO DE RESPONSABILIDADE			
<p>O responsável, já devidamente qualificado e abaixo assinado, declara para todos os efeitos de direito que assume plena e total responsabilidade na condição de pagador solidário e/ou principal, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima residente e domiciliado no endereço supra mencionado, atendido e/ou internado neste Hospital.</p> <p>No caso de o paciente acima mencionado ser associado a qualquer instituição que mantenha convênio com este Hospital, seja para pagamento total ou parcial do tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial, declara para todos os fins de direito que assume inteira responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital pela instituição conveniada, seja a que título for, incluindo atraso de pagamento em relação ao pactuado entre instituição e o Hospital.</p> <p>Declara, ainda, a validade das despesas já mencionadas até a liquidação do débito, independente de notificação prévia e em caso de inadimplência, acrescidos de juros de mora a partir da alta hospitalar, despesas de cobrança e correção pelos índices de juros bancários.</p> <p>Outrossim, autoriza que as despesas que forem realizadas, seja(m) em idas(s) duplicata(s) correspondente(s) a esses valores, em nome do responsável e/ou do paciente, ficando sob a responsabilidade de qualquer dos indicados honrar o pagamento do(s) referido(s) título(s).</p> <p>Fica eleito como foro competente para dirimir eventuais dissídios decorrentes deste termo ou de qualquer procedimento realizado neste hospital, o foro da comarca de CARUARU/PE, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais especial que seja.</p> <p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>Este hospital não dispõe de qualquer tipo de cofre para guarda de pertences e/ou valores de seus pacientes e/ou acompanhantes, como também nenhum funcionário do Hospital encontra-se autorizado a proceder à guarda e/ou vigilância dos mesmos, cabendo aos senhores pacientes e acompanhantes a responsabilidade única e exclusiva de guarda e vigilância de seus pertences e/ou valores, não devendo deixá-los no apartamento quando de sua(s) ausência(s).</p> <p>Caso o paciente de CONVÊNIO possua autorização de internamento em ENFERMARIA, por opção do paciente ou responsável seja solicitada a troca de acomodação por APARTAMENTO o responsável deverá se encaminhar ao setor financeiro para pagamento da diferença no ato da internação.</p>			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
Será realizado algum outro procedimento além do que está autorizado na guia do convênio? () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
(Caso Afirmativo Descreva)			
COBERTURAS PARA ACOMPANHANTE? () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
Caruaru, 30 de Janeiro de 2020.		<input type="checkbox"/> Fornecimento de cópia de prontuário.	
		HOSPITAL MEMORIAL CARUARU S/C	
		Usuário Internação:	



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TODAS AS OPERAÇÕES CIRÚRGICAS

Este é um formulário padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas. As informações aqui contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para grandes em pacientes com várias complicações.

Estas informações não pretendem assustá-lo, e sim lhe oferecer dados sobre todos os riscos que eventualmente possam acontecer com procedimentos cirúrgicos. Por exemplo: em muitas operações há uma possibilidade muito remota de se precisar de transfusão sanguínea, mas assim a possibilidade de transfusão é mencionada. Esperamos que este formulário o ajude a compreender melhor eventuais acontecimentos que venham a ocorrer depois da cirurgia. Se você não entender alguma coisa, PERGUNTE.

Entendi que para evitar sangramento não devo ingerir produtos com aspirina (ácido acetilsalicílico) por 7 a 10 dias antes da cirurgia.

Reconheço que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais aqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico abaixo e os seus assistentes designados por ele, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional dele, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou informado de que existem riscos significantes, como perda severa de sangue, infecção e ataque cardíaco que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente que, podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente que nos casos de cirurgias abertas, em que se faz uma incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando a necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura da minha condição.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesiológico aprovado pelo meu médico. Compreendo que toda anestesia envolve um certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Autorizo o uso de transfusões de sangue ou derivados do sangue se forem necessários e indicados pelos médicos. Estou ciente que existem doenças que podem ser transmitidas por meio destes produtos derivados

do sangue incluindo AIDS e hepatite. Estou ciente de que qualquer tecido ou órgão cirurgicamente removido pode ser utilizado pelo hospital ou pelo médico de acordo com a prática médica hospitalar.

Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas no procedimento.

Estou ciente que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao meu médico ou aos seus associados. Certifico que o meu médico me informou sobre a natureza e características do tratamento proposto, dos resultados antecipados do tratamento proposto, de outras possíveis alternativas de tratamento para esta patologia, e dos possíveis riscos conhecidos, complicações e dos benefícios antecipados envolvidos no tratamento proposto e nas formas alternativas de tratamento, incluindo o não tratamento.

Assinatura do paciente ou do responsável: Maria Aparecida de Souza

Nome em letra de forma: Maria Aparecida de Souza RG: _____
CPF: _____

O procedimento médico ou cirúrgico descrito no formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o não tratamento) e resultados antecipados, foram explicados por mim ao paciente ou ao seu responsável antes que o consentimento fosse assinado.

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura do médico: _____

NOME em letra de forma: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhes todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.



RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

OPERAÇÃO PROPOSTA:

OPERAÇÃO REALIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

DATA:

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

TIPO DE ANESTESIA:

INSTRUMENTADORA(A):

POSIÇÃO DO PACIENTE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO:

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

CONC. PLAQUETAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

HAEMACEL OU SIMILAR:

1 - PREPARO DO CAMPO

4 - TÉCNICA E TÁTICA

7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES

2 - VIA DE ACESSO

5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA)

8 - GRÁFICO DA CIRURGIA

3 - ÓRGÃOS E LESÕES

6 - DRENO E Sonda (PENROSE, NERH, ETC.)

9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

① *deh*
 ② *X*
 ③ *fic*
 ④ *deh*

Dr. Gustavo Libório
 TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
 CRM 15582-7/OT 13983
 TITULAR SBOT/SBOT/ASAM

**GRUPO SÃO GABRIEL LTDA**

Nome: JOSEMESSIAS BEZERRA JUNIOR
Prontuário: 570/70 Registro: 8029
Sexo: Masculino Idade: 17a 11m 15d
Localização: 3ANDA, ENF308, B
Clínica: Cirúrgica

Médico: Josefa Vanusa Gomes Bezerra
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 30/01/2020 às 17:32
Alta:

Evoluções do paciente**30/01/2020 às 17:58:46 - ADMISSÃO DE ENFERMAGEM****Localização: 3ANDA, ENF308, B****COREN: PE-1233049 JOSEFA VANUSA GOMES BEZERRA****1 - Admissão de Enfermagem (Cirúrgica)****1.1 - Evolução**

Paciente admitido neste setor hospitalar para realizar procedimento cirúrgico, CIEGR, consciente, orientado, hidratado, normocorado, acianótico, anictérico, deambulando em maca com cadeira de rodas, com acompanhante com responsável, realizado tricotomia da área operatória, dieta oral zero (SIC), anexado ao prontuário exames de imagem HAS(-) dm(-) alergia(-), nega queixas, orientado quanto ao preparo do pré-operatório, aguardando encaminhamento para o bloco cirúrgico.

1.2 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Sat.O2
17:55	100x80	74	36	97

30/01/2020 às 18:55:39 - EVOLUCAO P/ ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRURGICO**Localização: 3ANDA, ENF308, B****COREN: PE-1233049 JOSEFA VANUSA GOMES BEZERRA****1 - Evolução P/ Encaminhamento ao Bloco Cirúrgico****1.1 - Descrição:**

Paciente encaminhado para o bloco cirúrgico, sem intercorrências.

COREN: PE-1233049 JOSEFA VANUSA GOMES BEZERRA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA- MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:

José Moisés Bezerra Júnior

foi assistido (a) em caráter de urgência nesta Unidade de
saúde, no dia 27/01/2020 tendo sofrido acidente.
motociclístico.

Brejo da Madre de Deus 11/02/2020.

Atenciosamente


Lucivalva Silva
Direção Administrativa
MAT. 277
Diretora

Praça vereador Abel de Freitas S/N
Brejo da Madre de Deus CEP: 55170-000

PREÇO

UPA - MESTRE CAMARÃO

DATA 27/01/2020	HORA 17:32	PRONTUÁRIO 764118
CARTÃO SUS/RG S.D	NOME Jose Bessias Bezerra Junior	
DATA NASCIMENTO 15/02/2002	IDADE 17 anos	SEXO M
RESPONSÁVEL Mãe - Maria Aparecida de Souza	EST. CIVIL Solteira	
CIDADE Bairro da Madre de Deus	ENDEREÇO R. Carmo de Oliveira Campo 18	
MÉDICO DRA. FRANCILEY + DR. AUGUSTO	ENFERMEIRO ROSIMERE	

EXAME FÍSICO: Paciente trazido pelo SAMU vítima de acidente de motociclista agudo. Rx emplacamento para fratura em clavícula (+) e rádio (+).
 RASIS

PA:	HGT:	PESO:
TEMPERATURA:		

CONDIÇÃO: 1) Transtorno de ansiedade 18.5
 2) Tiladil 100mg + 100ml ST EV LUB 18.5
 3) Enc. ao serviço especializado (FF)
 Sinais:

<input type="checkbox"/> CONSULTA SIMPLES	Dr. José Augusto Garcia Médico CRM 24179 27 JAN 2020 DRA. FRANCILEY + DR. AUGUSTO MÉDICO
<input type="checkbox"/> CONSULTA COM OBSERVAÇÃO	
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	
<input type="checkbox"/> ALTA APÓS MEDICAÇÃO	

Wipir-on 2
 LOen 2
 NO

Dr. Francely Sombria
 Clínica Médica
 CRM 17073
 27 JAN 2020



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL JOSÉ CARLOS LANTANA

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

DATA: 27/01/2020 HORA: _____ ADMISSÃO: () Emergência () Enfermaria

NOME DO PACIENTE: Dr. Marcelo Bezerra Junior

N.º DO PRONTUÁRIO: _____ SEXO: Masc. IDADE: 17 anos

DESTINO: HOSPITAL Reg. Aqued. DATA: _____ HORA: _____

DESTINO: FINAL _____ DATA: _____ HORA: _____

RESUMO DIAGNÓSTICO: Paciente vítima de queda
de moto hsp. 12x evidenciando fratura
de clavícula @ e radio distal @
RCA: 15

JUSTIFICATIVA: Avaliação de trauma - Ortope-
dia

DATA: _____

HORA: _____

MÉDICO ENCAMINHADOR
ASS. E CARIMBO

DIRETOR DA UNIDADE
ASS. E CARIMBO

Senha: 5869959

RECIBO MÉDICO
JOSÉ MESSIAS BEZERRA JÚNIOR
CPF: 130.701.494-13

RECEBI A IMPORTÂNCIA DE **R\$ 2.500,00 (SEIS MIL REIAS)** REFERENTE À HONORÁRIO DE
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE PUNHO ESQUERDO, NA DATA DE
30/01/2020.

CARUARU 20 DE FEVEREIRO 2020

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPEDICO
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO
CRM 15582 - TEOT 13985
CPF: 022.810.684-20

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E IMAGENS RE-RE

OIR-23



José Messias Bezerra Júnior

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 10.421.392 DATA DE EMISSÃO 13/07/2016

<< JOSÉ MESSIAS BEZERRA JÚNIOR >>

<< JOSÉ MESSIAS BEZERRA >>

<< MARIA APARECIDA DE SOUZA >>

NATURALIDADE CARUARU - PE DATA DE NASCIMENTO 15/02/2002

DESCRIÇÃO << CN.19430 LA18 F.54 CART.108REJO DA MADRE DE DEUS - PE 03/2002 >>

130.701.494-13

ASSINATURA DO DIRETOR

116 DE 250483

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 012802000499

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO 36781519153

2 397588887 *****

FRANKLIN FIDELES DE MOURA
RUA OUREM 111
BL02--ART203 SAN MARTIN
RECIFE-PE

50761-340

800.761.304-87

PEE4070

JAMOTO JABOATAO MOTOS E PECAS LTDA

***** 9C2ND0910BR220622

PAS /MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/XRE 300

2011/2011

29/291CL

PARTIC

PRETA

20163982

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA 3A

RECIFE-PE

DATA

17/11/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Supervisor Presidente DETRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200170786 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR **Data do acidente:** 27/01/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER NO RÁDIO)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. PÁG 5/6/7/15 A 17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO E DO PUNHO 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 E MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200170786 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR **Data do acidente:** 27/01/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER NO RÁDIO) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. PÁG 5/6/7/15 A 17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO E DO PUNHO 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 E MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133283/20

Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

CPF: 130.701.494-13

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/01/2020

Titular do CPF: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR : 130.701.494-13

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: 08/05/2020
Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR
CPF: 130.701.494-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

JONATAN BARBOSA DE BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133283/20

Número do Sinistro: 3200170786

Vítima: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

CPF: 130.701.494-13

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 19/05/2020
Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR
CPF: 130.701.494-13

JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA