



Número: **0072263-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/11/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ADJAILSON NASCIMENTO (AUTOR)		BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO) LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75325 361	16/02/2021 17:11	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE N° 014667966439

54607621417
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 134043114 RNTIC *****

NOME/ENDREÇO
MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO - RUA NITIO 95
COHAB
RECIFE-PE 51310-345

CNPJ 062.518.854-04 PLACA KJ01905

NOME PATRONO
EMMANUEL DOS SANTOS FERREIRA ARAUJO

PLACA ANT/LF ***** CHASSI 9C2KD04209R008928

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRO3 ES ANO FAB 2009 ANO MOD 2009

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

20198549 OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
GUARDE EM LOCAL SEGURO

Roberto Carlos

RECIFE-PE DATA 01/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR DE REGISTRO DE VEÍCULOS DETRAN/PE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453829/19
Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO
CPF: 095.001.434-61
CPF de: Próprio
Data do acidente: 25/06/2019
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS
Titular do CPF: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS : 052.200.554-37

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

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO : 095.001.434-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
CPF: 052.200.554-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12998365266

Número do Benefício: 6291517721

Espécie: 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 198056283

Ao Sr.(a): JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Endereço: RUA DO SITIO, 95 COHAB, IBURA

CEP: 51310345

Município: RECIFE

UF: PE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 14/08/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 07/09/2019.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (07/09/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 07/09/2019 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 03 de setembro de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RECIFE CORREDOR DO BISPO Endereço: R CORREDOR DO BISPO 155, SOLEDADE

CEP: 50050095 Município: RECIFE

UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 03 de setembro de 2019

Assinatura do Requerente / Representante Legal





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

RECIFE CORREDOR DO BISPO

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

2ª VIA

COMUNICAÇÃO DE RESULTADO
REQUERIMENTO Nº 198056283
BENEFÍCIO Nº -

Prezado(a) Sr.(a)
JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

(NOME DO SEGURADO)		
8674466	28185/87	12998365266
(RG/CERTIDÃO)	(CTPS/SÉRIE)	(NIT)

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 14/08/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.
O benefício foi concedido até 07/09/2019.

Se nos 15 (quinze) dias finais até a data de cessação do benefício (07/09/2019), V.Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.
A partir de 07/09/2019, e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V.Sa. poderá interpor Recurso a Junta de Recursos da Previdência Social.

A Solicitação de Prorrogação poderá ser feita através dos seguintes meios:

Número 135 da Central de Atendimento do INSS; site www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Canhotinho, 06 de setembro de 2019 (Data da emissão da 2ª Via)

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RECIFE CORREDOR DO BISPO Endereço: R Corredor do Bispo 155 - Soledade
CEP: 50050095 Município: Recife UF: PE

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 ____/____/____

Assinatura do Requerente/Rep. Legal



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190702451 **Cidade:** Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 8.674.466 SDS/PE
Endereço: RUA PROFESSORA LUCIA MARIA S NEVES, 29 B - COHAB/RECIFE - RECIFE - PE -
CEP: 51310-300.
Est. Civil: SOLTEIRO
CPF: 095.001.434-61

OUTORGADO:

Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: ADVOGADA
Identidade: 27708 OAB/PE
Endereço: AV. CONDE DA BOA VISTA 50, BOAVISTA RECIFE/PE - 50.060-002.
Est. Civil: CASADA.
CPF: 052.200.554-37

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

Jose Adjailson Nascimento

Recife 27/11/2019
Local e data



Jose Adjailson Nascimento

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Rua Engenheiro Ubaldo Gomes de Menezes, 15 - Centro - CEP 51010-100 - Recife - PE - Fone: (081) 3634-0202 - e-mail: cartorioroma@notas.pe.br

Reconheço por autenticidade a firma de: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO
Em test. da verdade,
Recife-PE 27/11/2019 11:54:43 Emol: 3,39 PERM: 0,04
FUNSEG: 0,00 TSNR: 0,00 FERC: 0,40 ISS: 0,20 TOTAL: 4,91
ANA PAULA ALVES DA SILVA BARRETO Escrevente Autorizada

Selo: 0077248.GON11201905.03824

Consulte a autenticidade do selo em: www.jus.br/verificador



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453829/19

Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

CPF: 095.001.434-61

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 25/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ADJAILSON
NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS : 052.200.554-37

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

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO : 095.001.434-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
CPF: 052.200.554-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453829/19

Número do Sinistro: 3190702451

Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

CPF: 095.001.434-61

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 25/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ADJAILSON
NASCIMENTO

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: 18/02/2020
Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
CPF: 052.200.554-37

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos





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

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190702451 Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

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, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
------------------------------	--

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.

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

Pag. 00119/00120 - carta_03 - INVALIDEZ

00070060



Carta nº 15266563





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

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190702451

Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

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

Carta nº 15266564

Pag. 01417/01418 - carta_01 - INVALIDEZ

00020709





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

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190702451 Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 25/06/2019, emitido pelo Dr. MARCELLO SILVEIRA CRM nº 0000000 - PE, da Instituição UPA-IMBIRIBEIRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00145/00146 - carta_31 - INVALIDEZ

00070073



Carta nº 15542007



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 095.001.434-61 4 - Nome completo da vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO 6 - CPF: 095.001.434-61
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA PROFª LUCIA M^{te} S. NEVES 9 - Número: 29 10 - Complemento: B
11 - Bairro: COHAB 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.310-300
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81.3040-6412

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0916 CONTA: 35403 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) 013 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE/PE, 27 de NOVEMBRO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ira do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099003058**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2019** às **10:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/6/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PALMARES, 1** - Bairro: **CENTRO** -
PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **BR 101**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO (OUTRO)
JOSE ADJAILSON NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

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

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO** Pai: **JOSÉ BARTOLOMEU FAUSTINO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **16/3/1990** Naturalidade: **QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8674466/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 98042338**

Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA LUCIA MARIA SALES NEVES, 29, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ADJAILSON NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



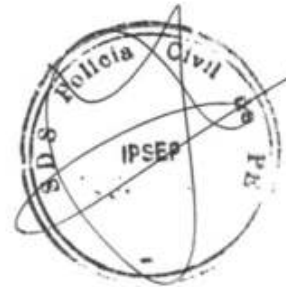
Complemento / Observação

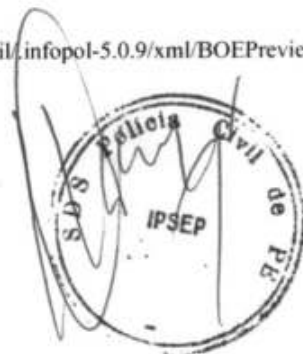
JOSE ADJAILSON NASCIMENTO, RELATA QUE, NO PERÍODO DA MANHÃ DO DIA 25/06/2019, FORA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. O FATO ACONTECEU QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, PELA BR 101, SENTIDO RECIFE, MUNICÍPIO DE PALMARES, E AO PASSAR DO POSTO DA POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU NO ASFALTO. INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO, POR SEUS PRÓPRIOS MEIOS, PARA UPA DA IMBIRIBEIRA, CONFORME ATENDIMENTO 1246639, SENDO LIBERADO NO MESMO DIA. AFIRMA QUE, DOIS MESES DEPOIS, POR CONTA DE VÁRIAS DORES QUE SENTIA PELO CORPO, REALIZOU UM EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL, FICANDO CONSTATADO UMA LESÃO NO FÍGADO. PELO EXPOSTO SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

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

**JOSE ADJAILSON NASCIMENTO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **IRAN FRANCISCO DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **381051-8**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0099000369**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/02/2020** às **17:49**

Complementa o BO Número: **19E0099003058**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/6/2019** às **04:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PALMARES, 1** - Bairro: **CENTRO** -
PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **55000-000** - Ponto de Referência: **BR 101**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO (OUTRO)
JOSE ADJAILSON NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

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

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO (presente ao plantão) - Nome Social: **JOSE ADJAILSON NASCIMENTO**
Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO** Pai: **JOSE BARTOLOMEU FAUSTINO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **16/3/1990** Naturalidade: **QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8674466/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 98042338**

Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA LUCIA MARIA SALES NEVES, 29, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADO DA ECONOMIA**

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

MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Data de Nascimento: **2/2/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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



MOTO PLACA KJO 1905 (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ADJAILSON NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ADJAILSON NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **4300,00 (REAL)** Valor Total: **4300,00 (REAL)**
Descrição: **MOTOCICLETA**

Complemento / Observação

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO, RELATA QUE, NO PERÍODO DA MANHÃ DO DIA 25/06/2019, FORA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. O FATO ACONTECEU QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, PLACA KJO 1905, PELA BR 101, SENTIDO RECIFE, MUNICÍPIO DE PALMARES, E AO PASSAR DO POSTO DA POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU NO ASFALTO. INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO, POR SEUS PRÓPRIOS MEIOS, PARA UPA DA IMBIRIBEIRA, CONFORME ATENDIMENTO 1246639, SENDO LIBERADO NO MESMO DIA. AFIRMA QUE, DOIS MESES DEPOIS, POR CONTA DE VÁRIAS DORES QUE SENTIA PELO CORPO, REALIZOU UM EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL, FICANDO CONSTATADO UMA LESÃO NO FÍGADO. PELO EXPOSTO SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

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

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO
(VÍTIMA)

Jose Adjailson Nascimento

B.O. registrado por: **MARNEY MORAIS DE CASTRO CUNHA** - Matrícula: **3809994**
(Liberado em **11/02/2020** às **18:28**)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 095.001.434-61 4 - Nome completo da vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO 6 - CPF: 095.001.434-61
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA PROF. LUCIA M^{te} S. NEVES 9 - Número: 29 10 - Complemento: B
11 - Bairro: COHAB 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.310-300
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81.3040-6412

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 35403 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE/PE, 27 de NOVEMBRO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ira do Representante Legal (se houver)



UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 25-06-2019 11:43

Nome Paciente:	JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:	562613
Data de Nascimento:	16/03/1990
Sexo:	Masculino
Idade:	29
Senha:	A0138
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1246639 
SAME:	

Período: 25-06-2019 12:09 - 25-06-2019 12:10

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Alergia(s): - NEGA ALERGIAS - .

Queixa Principal: DOR NO HEMITORAX DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HOJE.
NEGA VOMITOS E DESMAIO

Fluxograma sintoma: DOR TORÁCICA

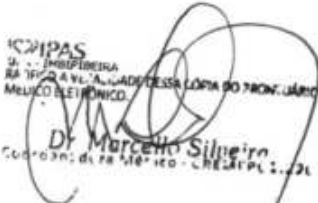
Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CONSULTORIO (CLÍNICA GERAL)

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 99.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA ALERGIAS - .	

ICM/PAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RA TRICIA AVELAR LOPES DO PRON. JÚNIOR
MÉDICO ELETROFISIOLÓGICO

Dr. Marcello Silveira
COORDENADOR DE PRON. HCO - UPA IMBIRIBEIRA

Acolhido(a) por: REBECKA CARVALHO DE AGUIAR - COREN: 297000 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21-11-2019 11:41



Tempo da Doença *	Acesso à UPA *	Nível de Consciência *	Vulnerabilidade Social*
Dias	Espontânea	Vigil / Alerta	Ausente
Queixa Principal / História: DOR EM TORAX DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HA 08 HS. NEGA DESMAIO OU VOMITOS OU PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA DEMAIS QUEIXAS. NEGA ALERGIA, NEGA COMORBIDADES.			
ANTECEDENTES: Infecção Orofaringe: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐ Doença Cardiovascular: ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐ Observações:			
EXAME FÍSICO			
EG Bom	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas
Nutrido	Eupnéico	Afebril	Corado
Observações: Avaliação Cardio Vascular ☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações: Avaliação do Aparelho Respiratório ☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações: Avaliação Neurológica ☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações: Avaliação Aparelho Digestivo ☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações: Avaliação Aparelho Locomotor ☐ Não Examinado: ☐ Normal ☒ Alterada: DOLOROSO A PALPAÇÃO EM HEMITORAX DIREITO, SEM DEAMSI ALTERAÇÕES LOCAIS			
Observações: Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas SGU: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada: ORL: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada: Pele: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Aferições:	PAS	PAD	FR
			FC
			P (KG)
			TEMP
			SATO2
			HGT
		18	99

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CPO 81-2005, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob NP 043.

JOAO CARLOS RODRIGUES ALVES 04112189465, AC SOLUTI SAUDE, 04112189465, 25/06/2019 12:25 GMT-03:00 25/06/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORARIO (GMT-03:00).





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.935.932/0001-08 | Rec. Est. 000943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

EMERSON ALVES DA SILVA
MCID079P01

CPF: 090.150.534-05

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PROFª LUCIA MARIA S NEVES 29
-B

CORAB/RECIFE
RECIFE-PE
513.0-300

CONTA CONTINUA Nº 7029552570
DATA DE VENCIMENTO 09/2019
DATA DE VENCIMENTO 07/10/2019
TAXA A PAGAR (R\$) 108,12

Nº DA NOTA FISCAL	SEAL	VALIDADE
079309672	UNICA	18/09/2019
Nº DA FISCALIZAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FISCALIZAÇÃO
26/09/2019	301604815	5303017

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (WWh)	101,4800000	0,77962320	79,09
Acrescimo Bandeira VERMELHA			6,74
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 070620573-22/07/19			0,78
Multa por atraso-NF 074485141-21/05/19			1,60
Multa por atraso-NF 070620573-22/07/19			1,70
Juros por atraso-NF 074485141-21/05/19			0,28
Juros por atraso-NF 070620573-22/07/19			0,38
Atualização IGP-M-NF 070620573-22/07/19			0,12

TOTAL DA FATURA

108,12

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 (WWh)
31534487	CA1	21/08/2019	2.204,20	19/09/2019	2.307,60	29	1,0000		103,40

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano	Consumo (WWh)	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	
OUT 19	101				
AGO 19	96	ICMS	84,83	25,90	27,20
Jul 19	111	PIS	84,83	0,91	0,94
JUN 19	103	COPINS	84,83	3,72	3,76
MAI 19	118				
ABR 19	109				
MAR 19	116				
FEV 19	106				
JAN 19	108				
DEZ 18	88				
NOV 18	80				
OUT 18	94				
SET 18	78				

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Geração de Energia	R\$ 21,27 14,50%
Transmissão	R\$ 2,94 2,47%
Distribuição (Custos)	R\$ 17,80 16,99%
Perdas na Rede	R\$ 5,51 5,01%
Encargos Setoriais	R\$ 4,10 3,82%
Tributos	R\$ 28,64 26,51%
Total	R\$ 148,22 100%

SERVIÇOS APLICADOS	
Consumo Ativo (WWh)	0,54013300

RESERVADO AO FISCAL	
CDRE 3A0F 80E7 F47C 4CC9 54C9 5290 B425	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As informações contidas nesta nota fiscal são de caráter informativo e não devem ser utilizadas para fins de cobrança de tarifas. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por erros de digitação ou omissão de informações. Pagos em atraso geram multa de 0,1% ao dia e juros de 12% ao ano. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido das informações contidas nesta nota fiscal.



DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR APLICADO	LIMITE RESIDUAL	LIMITE TRIMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
	0,0000			127/133	127/133



Retido do Telegrama	Data	Hora	
	Nome Legível do Recebador		
Uso dos Correios	Rubrica do Cartão	Matrícula	Tipo/Serviços Adicionais DHP 25/09/2019 09:11



DESTACAR AQUI	REMETENTE	RENATA CARNEIRO LEITE Rua Quarenta e Oito 208 APT 1003 Espinheiro 52020-060 A-Recife/PE	USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS 1. ☐ Mudou-se 6. ☐ Recusado 2. ☐ Ausente 7. ☐ Falecido 3. ☐ Desconhecido 8. ☐ Não existe o número indicado 4. ☐ Endereço insuficiente. Faltou: 5. ☐ Outros (Especificar):	DESTACAR AQUI
	DESTINATÁRIO	BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS Avenida Conde da Boa Vista 50 SALA 1031 - 10º ANDAR Boa Vista 50060-002 - Recife/PE	NÚMERO DO TELEGRAMA: MB143298187BR 2168  DHP 25/09/2019 09:11	

PE 25/09 13:41



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Brunna Marques Perazzo Suias inscrito (a) no CPF 052.200.554 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Adailson Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.001.434 / 61, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Adailson Nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.001.434 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

CNH e comprovante de residência

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Avenida Ponde do Bocaiuva</u>		Número <u>50</u>	Complemento
Bairro <u>Bocaiuva</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.060-002</u>
Email <u>BRUNNA-PERAZZO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3040-6412</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9791-0084</u>

Recife/PE, 13 de Dezembro de 2019
Local e Data

Perazzo
Assinatura do Declarante

V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO

RG nº 6.018.331-SDS-PE, data de expedição 16/09/14

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 062.518.864-04

com domicílio na cidade de QUIPAPÁ, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA CASTELO BRANCO, nº 18

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JOSE ADISAILSON DO NASCIMENTO, cujo o condutor era

JOSE ADISAILSON DO NASCIMENTO.

Veículo: PAS/MOTO Modelo: HONDA NXR 150 BROS ES Ano: 2009

Placa: R301905 Chassi: 9C2KD04209R003928

Data do Acidente: 26/06/19

Local e Data: QUIPAPÁ 01/11/2019

MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO 2º OFÍCIO NOTAS DE QUIPAPÁ
Titular: ANTONIA OLIVEIRA DO NASCIMENTO CARVALHO MATIAS
Telefone: (011) 99297-5741

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO. Em test. da verdade. Dou fé. Emol: R\$3,59 TSNR: R\$0,80 FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$0,08 FERG: R\$0,40 Total: R\$4,91. Tabela: Antonia Oliveira do Nascimento Carvalho Matias
Selo: 0076943.EIH10201901.00496 01/11/2019 11:43:09
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO ÚNICO QUIPAPÁ PE
ENDEREÇO: PÇ. DR. FERNANDO PESSOA DE MELLO, Nº 111
CENTRO - QUIPAPÁ/PE
CEP: 55415-000

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 25-06-2019 11:43

Nome Paciente:	JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:	562613
Data de Nascimento:	16/03/1990
Sexo:	Masculino
Idade:	29
Senha:	A0138
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1246639 
SAME:	

Período: 25-06-2019 12:09 - 25-06-2019 12:10

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Alergia(s): - NEGA ALERGIAS - .

Queixa Principal: DOR NO HEMITORAX DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HOJE.
NEGA VOMITOS E DESMAIO

Fluxograma sintoma: DOR TORÁCICA

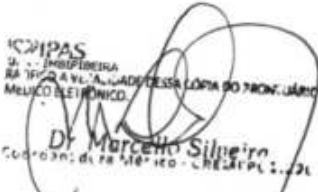
Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CONSULTORIO (CLÍNICA GERAL)

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 99.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA ALERGIAS - .	

ICM/PAS
UPA IMBIRIBEIRA
RA TRICIA AVELAR LOPES DO PRONT. URG.
MÉDICO ELETROFISIOLÓGICO

Dr. Marcelino Silveira
COORDENADOR DE PRONT. URG. - UPA IMBIRIBEIRA

Acolhido(a) por: REBECKA CARVALHO DE AGUIAR - COREN: 297000 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21-11-2019 11:41



Tempo da Doença * Dias	Acesso à UPA * Espontânea	Nível de Consciência * Vigil / Alerta	Vulnerabilidade Social* Ausente
----------------------------------	-------------------------------------	---	---

Queixa Principal / História:
DOR EM TORAX DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HA 08 HS. NEGA DESMAIO OU VOMITOS OU PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA DEMAIS QUEIXAS. NEGA ALERGIA, NEGA COMORBIDADES.

ANTECEDENTES:
Infecção Orofaringe: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐
Doença Cardiovascular: ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐
Observações:

EXAME FÍSICO
EG Bom Hidratado Anictérico Sem Edemas Corado
Nutrido Eupnéico Afebril Acianótico

Observações:
Avaliação Cardio Vascular
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações:
Avaliação do Aparelho Respiratório
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações:
Avaliação Neurológica
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações:
Avaliação Aparelho Digestivo
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações:
Avaliação Aparelho Locomotor
☐ Não Examinado: ☐ Normal ☒ Alterada:
DOLOROSO A PALPAÇÃO EM HEMITORAX DIREITO, SEM DEAMSI ALTERAÇÕES LOCAIS

Observações:
Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas
SGU: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:
ORL: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:
Pele: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) TEMP SATO2 HGT
18 99



Prescrição.: 1752337 Data: 25/06/2019 12:26
Usuário.: JOAOCR
Atendimento: 1246639 Dt Nasc: 16/03/1990 (29a 3m 10d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 562613 - JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 25/06/2019 12:16 0 Dias(s) Int
Médico.: JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES - CRM 27377
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: R071 DOR TORACICA AO RESPIRAR Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IM	Agora	25/06] 12:26
	-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
	S/ AGULHA						
	-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
2	CETOPROFENO IM SOL.INJ.100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	25/06] 12:26
	-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
	S/ AGULHA						
	-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 043.

JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES-04112165463, AC SOLUTI Multipa, 04112165463, 25/06/2019 12:27 GMT-03:00 25/06/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00).



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1752338 Data: 25/06/2019 12:27

Usuário.....: JOAOCR

Atendimento: 1246639 Dt Nasc: 16/03/1990 (29a 3m 10d)

Convênio....: SUS - AMBULATORIO

Paciente....: 562613 - JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO

Peso.....: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 25/06/2019 12:16 0 Dias(s) int

Médico.....: JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES - CRM 27377

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL

Unid. Int.: Leito...: Cobertura:

Cid.....: R071 DOR TORACICA AO RESPIRAR Ciclo...: /

Diagnóstico:

Protocolo..:

Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORAX P.A. ; Exame: 319028	1					25/06] 12:27

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 043.

JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES-04112185463, AC SOLUTI Multipla, 04112185463, 25/06/2019 12:27 GMT-03:00 25/06/2019

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00).



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 25/06/2019 17:40:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO RG: PESO:
IDADE: 29 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:
Data de Nascimento: 16/03/1990
PRESTADOR ASSISTENTE: JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES
DATA DE ATENDIMENTO: 25/06/2019 12:16:46 ATENDIMENTO: 1246639 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -5 Hora(s)
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: R071 - DOR TORACICA AO RESPIRAR
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):
DIAGNÓSTICO INICIAL: R071 - DOR TORACICA AO RESPIRAR
DIAGNÓSTICO DE ALTA: R071 - DOR TORACICA AO RESPIRAR

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO
PROCEDIMENTO DE ALTA:

ICP/PA
UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
MÉDICO
Dr. Marcello Silveira
Coordenador de Prontuário - UPA Imbiribeira

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 043.

JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES-04112185463, AC SOLUTI Multipla, 04112185463, 25/06/2019 17:40 GMT-03:00 25/06/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00).



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 26/06/2019 20:19:32

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO RG: PESO:
IDADE: 29 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:
Data de Nascimento: 16/03/1990
PRESTADOR ASSISTENTE: MARCUS VINICIUS QUEIROGA GOMES
DATA DE ATENDIMENTO: 26/06/2019 18:15:56 ATENDIMENTO: 1247208 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -2 Hora(s)
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M796 - DOR EM MEMBRO
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):
DIAGNÓSTICO INICIAL: M796 - DOR EM MEMBRO
DIAGNÓSTICO DE ALTA: M796 - DOR EM MEMBRO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO
PROCEDIMENTO DE ALTA:

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1753181 Data: 26/06/2019 20:10

Usuário.: MARCUSVQ

Atendimento: 1247208 Dt Nasc: 16/03/1990 (29a 7m 29d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 562613 - JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 26/06/2019 18:15 0 Dias(s) int

Médico.: MARCUS VINICIUS QUEIROGA GOMES - CRM 26821

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco: P.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DEXAMETASONA FOSFATO DISSODICO SOL.INJ. 10MG - 2,5ML	1	AMP		IM	Agora	[26/06] 20:10
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
S/ AGULHA						
2 CETOPROFENO IM SOL.INJ.100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	[26/06] 20:10
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
S/ AGULHA						
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Tempo da Doença * Horas	Acesso à UPA * Espontânea	Nível de Consciência * Sonolento	Vulnerabilidade Social* Ausente
-----------------------------------	-------------------------------------	--	---

Queixa Principal / História:
PACIENTE REFERE DOR EM MSD HA 1 DIA APOS QUEDA DE MOTO. NEGA ALERGIAS

ANTECEDENTES:

Infecção Orofaringe: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐
Doença Cardiovascular: ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐

Observações:

EXAME FÍSICO

EG Bom	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas	Corado
Nutrido	Eupnéico		Afebril	Acianótico

Avaliação Cardio Vascular

Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação do Aparelho Respiratório

Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação Neurológica

Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação Aparelho Digestivo

Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação Aparelho Locomotor

Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas

SGU: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:
 ORL: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:
 Pele: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) TEMP SATO2 HGT
 16 70 0

Médico Responsável: MARCUS VINICIUS QUEIROGA GOMES Cremepe: 26821





CLÍNICA DOS FEIRANTES - VIDA E SAÚDE

1º. Rua do Colégio, 35 - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE
Fones: (81) 3476.4175 / 9166.2669 - CNPJ: 08.721.280/0001-39

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) Dr. Adilson
Feirantes foi atendido (a) nesta Clínica
e necessita de 01 un ^{Por Extensão} dias de afastamento das
suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data, por motivo
de doença fractura hepática

Jaboatão, 22 de 07 de 19

Dr. Isaac Gomes
Médico

Carimbo e Ass. 38855555-4162

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades prevista no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

GRÁFICA DIAMANTE / (81) 3469.1517

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE



HOSPITAL GERAL DE AREIAS

AV. RECIFE, 801 AREIAS - RECIFE - TEL.: 3182.3000

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Paciente: Jose
Adilson portador da Carteira
Profissional nº — Série: —
Necessita de: 01 un (POR EXTENSO)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por
motivo de doença.

Hospital () Ambulatório 27/07/19
Localidade e data

Dr. Paulo Sales
Médico
CRM-PE: 27225

Ass. Médico - CRM
Odontólogo - CRO

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/97. E será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

CLÍNICA DOS FEIRANTES - VIDA E SAÚDE

1º. Rua do Colégio, 35 - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE
Fones: (81) 3476.4175 / 9166.2669 - CNPJ: 08.721.280/0001-39

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) Dei Adjuda
Parente foi atendido (a) nesta Clínica
e necessita de 03 (tr por Exento) dias de afastamento das
suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data, por motivo
de doença _____

Jaboatão, 28 de 07 de 19

Isaac Gomes
Médico

CREMEPE 4162

Carimbo e Ass. do Médico

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades prevista no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

G3 GRÁFICA DIAMANTE / (81) 3469.1517





AV. RECIFE, 801 AREIAS - RECIFE - TEL.: 3182.3000

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Paciente: Sr. ADRIANSON portador da Carteira
Resumo
Profissional nº 01 (un) Série: _____
Necessita de: _____ (POR EXTENSO)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por
motivo de doença.

☒ Hospital () Ambulatório _____ Localidade e data
Recife 02/03/2021
Maria Gabriela Barros
Médica
CRM: 35076
Ass. Médico - CRM
Odontólogo - CRO

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/97. E será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.



AV. RECIFE, 801 AREIAS - RECIFE - TEL.: 3182.3000

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Paciente: Sr. ADRIANSON portador da Carteira
Resumo
Profissional nº 01 (un) Série: _____
Necessita de: _____ (POR EXTENSO)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por
motivo de doença.

☒ Hospital () Ambulatório _____ Localidade e data
Recife 02/03/2021
Maria Gabriela Barros
Médica
CRM: 35076
Ass. Médico - CRM
Odontólogo - CRO

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/97. E será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Hospital Maria Digna Pessoa de Mello - Rua João Pessoa, s/n - Quipapá - PE		REGISTRO Nº
GUIA DE ESCLARECIMENTO		
Unidade de Saúde:	Região: <u>MLP - Cid. Genes</u>	
Nome do Paciente: <u>JOSE ADRIANUS VIEIRA</u>	<u>5741393</u>	
Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Est. Civil: _____		
End.: _____		
Atendido às: _____ Horas do dia: _____ de _____ de 20 _____		
Queixa Principal: <u>Doença com febre e tosse.</u>		
História da Doença Atual: <u>Corresponde a 30 dias (acompanha de nota) de febre e tosse; uso de antibiótico Hb 1000 mg 1x ao dia.</u>		
Sintomas e Sinais: <u>Auscultos Cid. Genes.</u>		
Hipótese Diagnóstica: _____		
Prescrição: _____		
Encaminhamento: _____ às _____ do dia _____ de _____ de 20 _____		
Obs.: Foi internado para observação por _____ horas nesta unidade e não houve indicação para o tratamento.		
Dr. Aristóteles Ulisses de S. Brito Médico		
Assinatura do Médico - CRM Carimbo ou nome do Médico em Letra de Forma		

  SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUIPAPÁ RECEITUÁRIO	Unidade: _____ Nome: <u>Dr. Aristóteles Ulisses de S. Brito</u> Clínica: _____ Reg. Nº: _____ Enfer.: _____	 <u>Soluções</u> <u>Use Abacaxi</u> <u>(Abacaxi hipertônico)</u> <u>14/09/19</u>	Assinatura, Carimbo e CRM do Médico Data: _____ / _____ / _____
---	---	--	--

Eng. Quilombo dos Palmares, BR 101, Km 185

Palmares - PE

www.hrpalmars.com

Dra. Janaina Leon
CRM: 13117

Ultrassonografia de Abdômen total

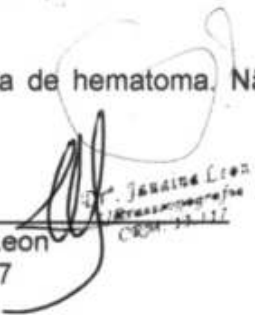
Exame de: José Adjailson Nascimento

Data: 07/08/19

Exame realizado em modo B (tempo real), mediante sonda convexa multifrequencial com técnica de alta definição.

1. Fígado de dimensões normais e textura sólida homogênea. Os vasos intra-hepáticos são bem visíveis e de calibre anatômico. Observamos em lobo direito imagem cística de conteúdo espesso que mede 6.1 x 4.1 cm.
2. Vesícula biliar de topografia usual, sem septos, de paredes finas, conteúdo anecóide sem ecos em seu interior.
3. Canal hepático e canal colédoco de calibre normais.
4. Veia porta de calibre normal
5. Pâncreas de textura habitual para a faixa etária.
6. Rim direito mede 10.1 x 4.5 cm, apresentando topografia, textura do seio renal e textura córtico-medular normais.
7. Rim esquerdo mede 10.0 x 4.4 cm, apresentando topografia, textura do seio renal e textura córtico-medular normais.
8. Baço de volume normal, contornos regulares e textura sólida homogênea.
9. Veia cava inferior de calibre e contornos normais.
10. Aorta abdominal de calibre e contornos normais.
11. Bexiga repleta, paredes regulares sem ecos em seu interior.
12. Próstata medindo 3.7 x 3.6 x 2.6 cm, apresentando contornos regulares (peso aproximado: 18.5 gramas).
13. Vesículas seminais de dimensões e texturas normais.

Impressão diagnóstica: Coleção hepática sugestiva de hematoma. Não podemos afastar a possibilidade de abscesso hepático.


Dra. Janaina Leon
CRM: 13117

Obs.: Em caso de retorno trazer este resultado.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1024000982

NOME
BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

DOC IDENTIDADE / ORIG EMISSOR / UF
27708 OAB PE

CNPJ
052.209.554-37

DATA NASCIMENTO
23/02/1986

FILIAÇÃO
FABIO CESAR PERAZZO
LEITE
MARIA JACINTA MARQUES
DOS SANTOS

PERMISSÃO
NOC
CAT HAB
B

Nº REGISTRO
04771275461

VALIDADE
05/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
02/10/2009

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do Portador

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
06/03/2015

Assinatura do Emissor

89680018664
PE065239245

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1024000982

