



Número: **0007116-88.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A)) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13174 0834	28/04/2023 10:14	2796214_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

PROCESSO: 00071168820218172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143893100000128697931>
Número do documento: 23042810143893100000128697931

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143893100000128697931>
Número do documento: 23042810143893100000128697931



Número: **0007116-88.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A)) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13174 0835	28/04/2023 10:14	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



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 Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200389076

Vítima: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Data do Acidente: 21/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000061807-0

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ		SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR		TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: Bartira Braz Medica CRM 11 825		MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA				
SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO	
MOTORISTA:			PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:				
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:				
EXAMES ACOMPANHADOS:				
CONDUTAS REALIZADAS:				
SINAIS VITAIS:				
A: / mmHg Temp. °C				
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()				
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?				
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?				
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA				
EU, _____				
RG Nº _____		ORG. EXP. _____	UF _____	
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.				

PROTOCOLO



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: 718585034-77 4 - Nome completo da vítima: Jose Nairson Rodrigues da Cunha

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 Nairson Rodrigues da Cunha 6 - CPF: 718585034-77

7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua Maria Isabel 9 - Número: 700 10 - Complemento: casa

11 - Bairro: Avenca 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640-000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9668-4814

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 61807

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) ☐ Divorçado ☐ 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 nasoturo (vencimentos)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - 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: Gravata, 28/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ		SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR		TRANSPORTE		RECEPTOR
MEDICO: CRM: Bartira Braz Medica CRM 11 825		MEDICO: CRM:		MEDICO: CRM:
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA				
SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA		RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:				
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:				
EXAMES ACOMPANHADOS:				
CONDUTAS REALIZADAS:				
SINAIS VITAIS:				
A: / mmHg Temp: °C				
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()				
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?				
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?				
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA				
EU, _____				
RG Nº _____		ORG. EXP. _____	UF _____	
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.				

PROTOCOLO



13/08/2020

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0152002326**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2020** às **10:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/6/2020** às **11:07**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRAVATÁ, 1 - Bairro: CENTRO - GRAVATÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

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

JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ DIMAS Pai: NAGIO RODRIGUES DA CUNHA Data de Nascimento: 28/2/2001 Naturalidade: GRAVATÁ / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATÁ, 1, SÍTIO MARIA IZABEL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSÉ RODRIGUES DA CUNHA FILHO Pai: ANA PAULINA DA SILVA Data de Nascimento: 7/3/1972 Naturalidade: GRAVATÁ / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATÁ, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA DE PLACA PGD7731 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD7731 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

O SR. NAGIO, PAI DA VÍTIMA, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PGD7731, QUANDO UM CACHORRO AVANÇOU EM DIREÇÃO A MOTOCICLETA, JOSÉ NAVISON ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA, E COMO O CONDUTOR (SEU GENITOR) SE DESEQUILIBROU, JOSÉ CAIU AO SOLO, SOFRENDO ALGUNS FERIMENTOS NO PÉ ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA EM CARUARU.



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

José Navison Rodrigues da Cunha

JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

(VITIMA)

Nágio Rodrigues da Cunha

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: *[assinatura]* MILKAINE LIMA DA SILVA - Matrícula: 2730588



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ		SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR		TRANSPORTE		RECEPTOR
MEDICO: CRM: Bartira Braz Medica CRM 11 825		MEDICO: CRM:		MEDICO: CRM:
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA				
SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA		RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:				
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:				
EXAMES ACOMPANHADOS:				
CONDUTAS REALIZADAS:				
SINAIS VITAIS:				
A: / mmHg Temp. °C				
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()				
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?				
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?				
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA				
EU, _____				
RG Nº _____		ORG. EXP. _____	UF _____	
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.				

PROTOCOLO



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: 718585034-77 4 - Nome completo da vítima: Jose Nairson Rodrigues da Cunha

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 Nairson Rodrigues da Cunha 6 - CPF: 718585034-77

7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua Maria Isabel 9 - Número: 700 10 - Complemento: casa

11 - Bairro: Avenca 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640-000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9668-4814

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 61807

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) ☐ Divorçado ☐ 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 nasoturo (veinascos)? ☐ 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 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

40 - Local e Data, Gravata, 28/09/20 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da testemunha 45 - Assinatura da testemunha

46 - Assinatura da testemunha 47 - Assinatura da testemunha

48 - Assinatura da testemunha 49 - Assinatura da testemunha

50 - Assinatura da testemunha 51 - Assinatura da testemunha

52 - Assinatura da testemunha 53 - Assinatura da testemunha

54 - Assinatura da testemunha 55 - Assinatura da testemunha

56 - Assinatura da testemunha 57 - Assinatura da testemunha

58 - Assinatura da testemunha 59 - Assinatura da testemunha

60 - Assinatura da testemunha 61 - Assinatura da testemunha

62 - Assinatura da testemunha 63 - Assinatura da testemunha

64 - Assinatura da testemunha 65 - Assinatura da testemunha

66 - Assinatura da testemunha 67 - Assinatura da testemunha

68 - Assinatura da testemunha 69 - Assinatura da testemunha

70 - Assinatura da testemunha 71 - Assinatura da testemunha

72 - Assinatura da testemunha 73 - Assinatura da testemunha

74 - Assinatura da testemunha 75 - Assinatura da testemunha

76 - Assinatura da testemunha 77 - Assinatura da testemunha

78 - Assinatura da testemunha 79 - Assinatura da testemunha

80 - Assinatura da testemunha 81 - Assinatura da testemunha

82 - Assinatura da testemunha 83 - Assinatura da testemunha

84 - Assinatura da testemunha 85 - Assinatura da testemunha

86 - Assinatura da testemunha 87 - Assinatura da testemunha

88 - Assinatura da testemunha 89 - Assinatura da testemunha

90 - Assinatura da testemunha 91 - Assinatura da testemunha

92 - Assinatura da testemunha 93 - Assinatura da testemunha

94 - Assinatura da testemunha 95 - Assinatura da testemunha

96 - Assinatura da testemunha 97 - Assinatura da testemunha

98 - Assinatura da testemunha 99 - Assinatura da testemunha

100 - Assinatura da testemunha 101 - Assinatura da testemunha

102 - Assinatura da testemunha 103 - Assinatura da testemunha

104 - Assinatura da testemunha 105 - Assinatura da testemunha

106 - Assinatura da testemunha 107 - Assinatura da testemunha

108 - Assinatura da testemunha 109 - Assinatura da testemunha

110 - Assinatura da testemunha 111 - Assinatura da testemunha

112 - Assinatura da testemunha 113 - Assinatura da testemunha

114 - Assinatura da testemunha 115 - Assinatura da testemunha

116 - Assinatura da testemunha 117 - Assinatura da testemunha

118 - Assinatura da testemunha 119 - Assinatura da testemunha

120 - Assinatura da testemunha 121 - Assinatura da testemunha

122 - Assinatura da testemunha 123 - Assinatura da testemunha

124 - Assinatura da testemunha 125 - Assinatura da testemunha

126 - Assinatura da testemunha 127 - Assinatura da testemunha

128 - Assinatura da testemunha 129 - Assinatura da testemunha

130 - Assinatura da testemunha 131 - Assinatura da testemunha

132 - Assinatura da testemunha 133 - Assinatura da testemunha

134 - Assinatura da testemunha 135 - Assinatura da testemunha

136 - Assinatura da testemunha 137 - Assinatura da testemunha

138 - Assinatura da testemunha 139 - Assinatura da testemunha

140 - Assinatura da testemunha 141 - Assinatura da testemunha

142 - Assinatura da testemunha 143 - Assinatura da testemunha

144 - Assinatura da testemunha 145 - Assinatura da testemunha

146 - Assinatura da testemunha 147 - Assinatura da testemunha

148 - Assinatura da testemunha 149 - Assinatura da testemunha

150 - Assinatura da testemunha 151 - Assinatura da testemunha

152 - Assinatura da testemunha 153 - Assinatura da testemunha

154 - Assinatura da testemunha 155 - Assinatura da testemunha

156 - Assinatura da testemunha 157 - Assinatura da testemunha

158 - Assinatura da testemunha 159 - Assinatura da testemunha

160 - Assinatura da testemunha 161 - Assinatura da testemunha

162 - Assinatura da testemunha 163 - Assinatura da testemunha

164 - Assinatura da testemunha 165 - Assinatura da testemunha

166 - Assinatura da testemunha 167 - Assinatura da testemunha

168 - Assinatura da testemunha 169 - Assinatura da testemunha

170 - Assinatura da testemunha 171 - Assinatura da testemunha

172 - Assinatura da testemunha 173 - Assinatura da testemunha

174 - Assinatura da testemunha 175 - Assinatura da testemunha

176 - Assinatura da testemunha 177 - Assinatura da testemunha

178 - Assinatura da testemunha 179 - Assinatura da testemunha

180 - Assinatura da testemunha 181 - Assinatura da testemunha

182 - Assinatura da testemunha 183 - Assinatura da testemunha

184 - Assinatura da testemunha 185 - Assinatura da testemunha

186 - Assinatura da testemunha 187 - Assinatura da testemunha

188 - Assinatura da testemunha 189 - Assinatura da testemunha

190 - Assinatura da testemunha 191 - Assinatura da testemunha

192 - Assinatura da testemunha 193 - Assinatura da testemunha

194 - Assinatura da testemunha 195 - Assinatura da testemunha

196 - Assinatura da testemunha 197 - Assinatura da testemunha

198 - Assinatura da testemunha 199 - Assinatura da testemunha

200 - Assinatura da testemunha 201 - Assinatura da testemunha

202 - Assinatura da testemunha 203 - Assinatura da testemunha

204 - Assinatura da testemunha 205 - Assinatura da testemunha

206 - Assinatura da testemunha 207 - Assinatura da testemunha

208 - Assinatura da testemunha 209 - Assinatura da testemunha

210 - Assinatura da testemunha 211 - Assinatura da testemunha

212 - Assinatura da testemunha 213 - Assinatura da testemunha

214 - Assinatura da testemunha 215 - Assinatura da testemunha

216 - Assinatura da testemunha 217 - Assinatura da testemunha

218 - Assinatura da testemunha 219 - Assinatura da testemunha

220 - Assinatura da testemunha 221 - Assinatura da testemunha

222 - Assinatura da testemunha 223 - Assinatura da testemunha

224 - Assinatura da testemunha 225 - Assinatura da testemunha

226 - Assinatura da testemunha 227 - Assinatura da testemunha

228 - Assinatura da testemunha 229 - Assinatura da testemunha

230 - Assinatura da testemunha 231 - Assinatura da testemunha

232 - Assinatura da testemunha 233 - Assinatura da testemunha

234 - Assinatura da testemunha 235 - Assinatura da testemunha

236 - Assinatura da testemunha 237 - Assinatura da testemunha

238 - Assinatura da testemunha 239 - Assinatura da testemunha

240 - Assinatura da testemunha 241 - Assinatura da testemunha

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:	13/11/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000061807-0

Nr. da Autenticação 9322E50F7D510B5E





NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-907
CNPJ nº 10.826.832/0001-08 | Ins. Est. 0008943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

NARGO RODRIGUES DA CUNHA
PRÓX. A FAZENDA CASCAVEL

CNPJ 765.978.834-20 NIS 1864.3537889

CLASSIFICAÇÃO

B1: RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
MONOPASSO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI-MARSA IZABEL 700

MARIA IZABELA VENCE
GRAVATA PE
55840-000

Nº DA NOTAFISCAL	DATA	VALOR
11026011	01/04	1008/2020
Nº DE EMISSÃO	Nº DE CANCELAMENTO	Nº DE INSTALAÇÃO
1008/2020	2001178/758	1302606

OWNS CONTRIBUTED	WEEKLY
2017717017	08/2020
DATA DEVELOPMENT	DATA PROCESSING AND LETTERS
17/08/2020	09/08/2020
TOTAL A PRIORI (A)	48.79

DESCRICAÇÃO DA NOVA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TU/50 ate 30 kWh	30,00000000	0,10959020	3,2877060
Consumo-TU/50 superior a 30 ate 100 kWh	70,00000000	0,14719605	13,3037235
Consumo-TU/50 superior a 100 ate 220 kWh	16,00000000	0,28184800	4,5095680
Consumo-TE ate 30 kWh	30,00000000	0,08265368	2,4796104
Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh	70,00000000	0,18054988	12,5384916
Consumo-TE superior a 100 ate 220 kWh	18,00000000	0,34087454	6,1357417
Contrib. Imp. Pubblica Municipal			7,74
Multa por atraso-IP 118893498 - 20/07/00			1,86
Juiz por atraso-IP 118893498 - 20/07/00			0,00
Atualizacão CPAN-IP 118893498 - 20/07/00			0,00

TOTAL DA FATURA

48.75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DELTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
00000008	Cat 1	26/07/2019	28/08/2019	31	1.000,00		108,00

[illegible]

INFORMACIÃO IMPORTANTE

questo corso ha permesso di sviluppare un'attività di ricerca che ha portato alla scoperta di nuove varietà di piante e di animali, che sono state utilizzate per la produzione di prodotti farmaceutici e di alimenti.

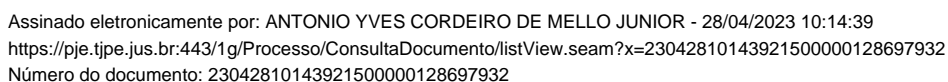
DISTRIBUIÇÃO E PREVISÃO DAS INTERFERÊNCIAS				MÓDULO DE TENSÃO		
CONJUNTO	VALOR APROXIMADO (mm)	LIMITE INFERIOR (mm)	LIMITE SUPERIOR (mm)	TENSÃO NOMINAL (N)	LIMITE DE VARIAÇÃO (N)	
DIC	0,00	10,8	21,74	43,43	220	202 231,34
PJC	0,00	7,87	15,74	30,48		
DMC	0,00	0,00	0,00	0,00		

LIMITE DIC= 10,83 RU= 1/1000 de elongação da rede do sistema de construção = 0,0134

Linha DAPM - 10.83 21.93 - taxa de desconto utilizada no Sistema de Contabilidade - 10,83% a.a.

The company's president,
 Mr. William H. Smith, Jr., said
 that the company's new
 product will be available in
 the market in the near future.
 The company is currently
 working on the product's
 development and testing.
 The company is also
 planning to launch the
 product in the near future.
 The company is also
 planning to launch the
 product in the near future.

202 231
COMPRESO
24 OUT 2020
PROTOCOLLO



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ		SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR		TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: Bartira Braz Medica CRM 11 825		MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA				
SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO	
MOTORISTA:			PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:				
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:				
EXAMES ACOMPANHADOS:				
CONDUTAS REALIZADAS:				
SINAIS VITAIS:				
A: / mmHg Temp: °C				
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()				
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?				
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?				
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA				
EU, _____				
RG Nº _____		ORG. EXP. _____	UF _____	
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.				

PROTOCOLO





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 50050-907
CNPJ 10.826.932/0001-08 | Ins. Est. 0008943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARCO RODRIGUES DA OLIVEIRA
PRÓX. A FAZENDA CASCAVEL

CPF: 765.978.834-20 NIS: 18843337489

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SIMARIA IZABEL 705

MARIA IZABEL AUREA
GRAVATA PE
55840-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 - RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO COM NIS
MONOFASE

INSCRIÇÃO FISCAL	SEU	EMISSÃO
118295011	CVCA	10/08/2020
ANEXO	Nº DO CLIENTE	Nº DA CONTABILIZAÇÃO
1008/2020	2001178758	1302806

CONTA CONTINUA	RESUMO
2017717017	08/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO EM LETRA
17/08/2020	09/08/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	48,79

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10953020	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,18778805	13,14
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16,0000000	0,28184808	4,50
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,06265329	1,90
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,10554989	7,39
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	16,0000000	0,16082454	2,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,74
Multa por atraso-NF 118893498 - 20/07/20			1,88
Juiz por atraso-NF 118893498 - 20/07/20			0,09
Atualização ICPI-NF 118893498 - 20/07/20			0,20

TOTAL DA FATURA

48,79

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
118893498	2.4.1	30/07/2020	38.991,00	10/08/2020	39.687,00	11	1,0000		118,00

INFORMAÇÕES DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE PREÇOS	INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS
<p>Consumo-TUSD até 30 kWh: 30,00 kWh</p> <p>Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh: 70,00 kWh</p> <p>Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh: 16,00 kWh</p> <p>Consumo-TE até 30 kWh: 30,00 kWh</p> <p>Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh: 70,00 kWh</p> <p>Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh: 16,00 kWh</p>	<p>Preço de Venda da Energia: R\$ 18,80</p> <p>Transmissão: R\$ 2,39</p> <p>Distribuição (Celpe): R\$ 12,83</p> <p>Perdas da Energia: R\$ 4,00</p> <p>Energia Natural: R\$ 1,00</p> <p>Taxas: R\$ 2,27</p> <p>Total: R\$ 36,89</p>	<p>ICMS: 12,83</p> <p>PIS: 36,89</p> <p>COFINS: 36,89</p>

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal emitida pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e não possui validade jurídica. Para obter a validade jurídica, o consumidor deve acessar o site www.celpe.com.br e consultar a Nota Fiscal original.

CONSUMO	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
CONSUMO	118,00	kWh	118,00	kWh
CONSUMO	118,00	kWh	118,00	kWh
CONSUMO	118,00	kWh	118,00	kWh

CONSUMO	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
CONSUMO	118,00	kWh	118,00	kWh
CONSUMO	118,00	kWh	118,00	kWh
CONSUMO	118,00	kWh	118,00	kWh



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ		SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR		TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: Bartira Braz Medica CRM 11 825		MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA				
SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO	
MOTORISTA:			PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:				
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:				
EXAMES ACOMPANHADOS:				
CONDUTAS REALIZADAS:				
SINAIS VITAIS:				
A: / mmHg Temp: °C				
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()				
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?				
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?				
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA				
EU, _____				
RG Nº _____		ORG. EXP. _____	UF _____	
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.				

PROTOCOLO



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ		SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR		TRANSPORTE		RECEPTOR
MEDICO: CRM: Bartira Braz Medica CRM 11 825		MEDICO: CRM:		MEDICO: CRM:
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA				
SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA		RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:				
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:				
EXAMES ACOMPANHADOS:				
CONDUTAS REALIZADAS:				
SINAIS VITAIS:				
A: / mmHg Temp. °C				
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()				
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?				
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?				
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA				
EU, _____				
RG Nº _____		ORG. EXP. _____	UF _____	
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.				

PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1934013905

PROIBIDO PLASTIFICAR
1934013905

PERNAMBUCO

Nome: **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**

Doc. Identidade (Org. Emissor) UF: **4276209-88P PE**

CPF: **755.976.834-20** DATA NASCIMENTO: **07/03/1972**

FILIAÇÃO: **JOSE RODRIGUES DA CUNHA
A. FILHO
ANA PAULINA DA SILVA**

PERMISSÃO: **999.999.999.999** ACD: **999.999.999.999** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **06495383656** VALIDADE: **14/01/2025** 1ª EMISSÃO: **29/10/2015**

OBSERVAÇÕES:
A

ASSINATURA DO PORTADOR: *Nagio Rodrigues da Cunha*

LOCAL: **GRAVATA, PE** DATA EMISSÃO: **15/01/2020**

ASSINATURA DO EMISSOR: *Roberto Fontelles*
CPF: **000.000.000-00** NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: **86425808965**
ASSINATURA DO EMISSOR: **PE096578955**

PERNAMBUCO

COMPPE
24 OUT 2020
PROTOCOLO



PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 11.012.245 expedido por SIP/PE em 22/04/2019 inscrito no CPF sob o nº: 718.585.034-77

residente: SI MARIA IZABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IZABEL/AVENCA cidade: GRAVATA, Estado PE

2. OUTORGADO: NABIO RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 4.276.203, expedido por SIP/PE em 15/01/2020 inscrito no CPF sob o nº: 755.976.834-20

residente: SI MARIA IZABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IZABEL/AVENCA cidade: GRAVATA, Estado PE

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

JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA Acidente ocorrido no

dia 21/06/2020 do sinistro de DPVAT da natureza _____

GRAVATA, 04 de setembro de 2020

OUTORGANTE: José Navison Rodrigues da Cunha

(reconhecer firma por autenticidade)



2º OFÍCIO DE NOTARIAS E REGISTROS DE TÍTULOS DE GRAVATA/PE
Cartório do 2º Ofício de Gravata - Tabelião
Priscila Duarte do Nascimento Silva - Tabelião Substituta
Reconheço a firma por autenticidade de: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA Dou fe
Em testemunho _____ da verdade.
Priscila Duarte do Nascimento Silva
Tabelião Substituta
Selo: 0073843.XDQ09202001.01747
Custas R\$ 4,45 TSNR R\$ 0,82 Total R\$ 5,27
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Ario: daniel



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECABWEB/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 Nagie Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Nairison Rodrigues da Cunha inscrito
(a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima
José Nairison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Sl Maria Izabel</u>		Número <u>700</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>M. Izabel</u>	Cidade <u>Gravatá</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9668-4814</u>		Telefone celular (DDD)

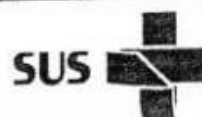
Gravatá, 28 de 09 de 20
Local e Data

Nagie Rodrigues da Cunha
Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 473265

PACIENTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

GENITORA: MARIA JOSE DIMAS

DATA DE NASCIMENTO: 28/02/2001

ENDEREÇO: SÍTIO MARIA ISABEL

BAIRRO: ZONA RURAL

PONTO DE REFERÊNCIA:

IDADE: 19

CIDADE: GRAVATA

ACOMPANHANTE: NAGIO

DATA: 21/06/2020

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 11:07

CNS:

TELEFONE: (81) 9388-8282

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº:

UF: PE

CEP:

HDA

lesão de mão com trauma
no M.C.

EXAME FÍSICO

EXAMES SOLICITADOS

RX de M.T.E. + M.C. - fratura de 5ª
falange proximal do 3º D.D.E.

HD

HRA

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

ORTO PESSOA - ST: 5960285

PROTOCOLO

Rua Joaquim Souto Major, S/N - N.º das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423



FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Bartira Braz
Médica
CRM 11 825

HORA:

DATA

21/06/2023

ALTA

☒ TRANSFERIDO

☐ CURADO

☐ ADMINISTRATIVO

☐ MELHORADO

☐ ÓBITO

☐ A PEDIDO

F.C.

TEMP.

F.R.

HGT

P.A.

SINAIS VITAIS

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS - EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA
Data Nasc.: 28/02/2001 Idade: 19 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: 71858503477 RG: 11012245 CNS:
Endereço: SÍTIO MARIA IZABEL Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: GRAVATA Estado: PE
CEP: 55641135 Fone: 993888282 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: MARIA JOSE DIMAS
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 21/06/2020 13:43 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Urtica de acidente de
moto, apusente no pé E

Exame Físico:

ferimento no pé E

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

fratura de antebraço do pé E 3

Rx pé E AP IP

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
DATA 21/06/2020

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Rx fratura do 5º metacarpo
Ceftriaxona 2g IV 1530
SAT 5000 mg

24 OUT 2020

PROTÓCOLO





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

[illegible]

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ RG: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ RG: _____
Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

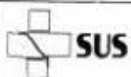
21/06/2020 13:43:31
2 de 2

Usuario do Atendimento
MARIAS

2.9 OUT 2020

PROTODOLO





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Marcelo Rodrigues

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

359901

10 - RAÇA/COR

11 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vitima de acidente de moto, apresenta fratura exposta do 5º metacarpo @

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Q. d. d. u. e. r.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

262010397868-0



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: ~~XXXXXXXXXXXX~~

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: LUANA

Anestesia: RAQUÍ

Data da Operação: 21/06/2020

Início: Raquí

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO 5º MTE (SEM DESVIO) + FRATURA EXPOSTA DO CUNEIFORME MEDIAL

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO 5º MTE (SEM DESVIO) + FRATURA EXPOSTA DO CUNEIFORME MEDIAL

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

OBS: O MESMO APRESENTA MAIS DE 24 HRS DE EXPOSIÇÃO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

8. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL + SOB ANESTESIA
9. ASEPSIA E ANTISEPSIA
10. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
11. LIMPEZA COM SF0,9 % EM ABUNDÂNCIA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
12. SUTURA DA LESÃO DO PÉ ESQ
13. LIMPEZA + CURATIVO
14. RAIO X DE CONTROLE

data, 21 de junho de 2020

DR. EVERTON VASCONCELOS CRM 22251/TEST 15918

Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8618
CREMPE 22251
TED 15918



Data e hora retirada da senha: 21/06/2020 13:29

Nome Paciente: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/02/2001
Sexo: Masculino
Idade: 19
Senha: U0014
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 21/06/2020 13:31 - 21/06/2020 13:36

ISAIAS DE OLIVEIRA FERREIRA - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PCT ORIUNDO DE GRAVATA, COLISÃO DE MOTO, COM FRTAURA DE FALANGE , COM MACA E SENHA 5960265

Medicamento(s): NEGA

Observação: HAS - DM-

Fluxograma sintoma: QUEDAS

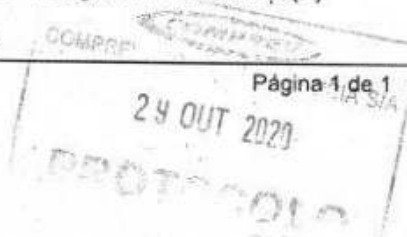
Discriminador(es):
- DEFORMAÇÃO?
- EDEMA?
- PROBLEMA RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ISAIAS DE OLIVEIRA FERREIRA - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/06/2020 13:36

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Página 1 de 1





SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 21/06/2020 HORA DE ADMISSÃO: 17 : 40 HORA DA LIBERAÇÃO: _____

REGISTRO: 354901 CIRURGIÃO: Evton. Ilexon ANESTESISTA: Luciano R. Silva

NOME DO PACIENTE: Jose Wilson Rodrigues da Cunha

PROCEDIMENTO REALIZADO: Trat. cirúrgico fratura Externa PONTUAÇÃO FINAL: 09

ITEM DE AVALIAÇÃO		PONTUAÇÃO FINAL			
		PONTUAÇÃO NA ADMISSÃO	APÓS MEDICINA		
			1h	2h	3h
Respiração:					
• Capacidade de respirar profundamente e tossir	2	2			
• Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização)	1				
• Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica					
• > 80% do nível pré-anestésico	2	1			
• 50 a 80% do nível pré-anestésico	1				
• < 50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência:					
• Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço	2	1			
• Acorda quando chamado pelo nome	1				
• Não responde ao comando	0				
Coloração:					
• Coloração e aparência normais da pele	2	2			
• Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterica	1				
• Cianose evidente	0				
Atividade Muscular:					
Movimenta-se espontaneamente ou sob comando:					
• Capacidade de movimentar todas as extremidades	2				
• Capacidade de movimentar duas extremidades	1	1			
• Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				
Total:		09			

Necessário para que receba Alta da Sala de Recuperação: 7-8 pontos

Observações:

patricia V. ...
Enfermeira
DE 40212



Estado Geral:

☒ Regular () Comprometido () Grave () Normocorado () Hipocorado () Anictérico
() Ictérico () Cianótico () Acianótico () Hidratado () Desidratado () Anasarca

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**Nível de Consciência:**

☒ Consciente () Inconsciente () Torporoso () Sonolento () Alerta

Nível de Orientação:

☒ Orientado () Desorientado () Sob Sedação

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

AR: _____ RPM: _____

Modo: _____ Fi O2: _____ PEEP: _____ Sat O2: _____

() Espontânea () Traqueostomizada () VM () UNI c/O2 () Venturi

02 Suplementar 1/min:

() Cateter Nasal () Macronebulizador () Venturi () Eupneico () Dispneico
() Traquidispneico () Bradipneico

Murmúrios Vesiculares:

() Presentes () Ausentes () Diminuídos

Ruídos Adventícios:

() Roncos () Sibilos () Estertores () Creptantes

Dreno Torácico:

() Sim () Não Local: _____

Oscilação:

() Sim () Não Aspecto da Drenagem: _____

Expansibilidade Torácica Conservada:

☒ Sim () Não

Tosse:

() Sim () Não () Produtiva () Não Produtiva

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg

Pulso: _____ bpm () Cheiro () Filiforme () Ausentes

Uso de Drogas Vasoativas:

() Sim () Não () Qual? _____

Acesso Venoso Central:

() Sim () Não () Qual? _____

Acesso Venoso Periférico:

☒ Sim () Não () Qual? *MSD*

SISTEMA GASTROINTESTINAL**Abdomen:**

() Plano () Globoso () Distendido () Escavado () Depressível () Ascítico
() Doloroso () Não Doloroso () Local: _____

RHA:

() Presentes () Ausentes

SNG:

() Sim () Não () P/Gavagem () Sinfonagem

SNE:

() Sim () Não

SISTEMA GENITO-URINÁRIO**Diurese:**

() Presente () Ausente () Espontânea () SVD () Volume: _____ ml
() Aspecto: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO**Deambulação:**

() Sim () Não () Repouso Relativo () Repouso Absoluto

Mobilidade:

☒ Ativa () Passiva





COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 29070

VALOR

NOME		REGISTRO		CATEGORIA	
Yves Nelson Rodrigues da Cunha		339901		SUS	
HOSPITAL	SEXO	COR	B- P- N	IDADE	HORÁRIO
HRA	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			79a	17:00
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	PESO	PA	FC	RESPIRAÇÃO	ASA
	Kg 120 x 72	70	BPM	12 IRPM	I
DIAGNOSTICO POS-OPERATORIO	CÓDIGO CIRURGIA		PORTE		%
Exposta do euneiforme medial					
OPERAÇÃO PROPOSTA					
Pr. Cirurgico de Fratura Exposta do 5º MTE + Fratura Exposta do euneiforme medial					
17:00					
19:40					
HORARIO					
SpO2%	AO3	VO3	LO3		
ECGOL					
UUBIOS					
ANOTAÇÕES					
AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TECNICA ANESTESICA: Raquia 2/3/4/5		
1) Sufurto perado	42 mg		24 OUT 2020 PROTÓTIPO		
2) morfina	60 mg				
3) codeína	50				
4) ketorolaco	50				
5) de oxi	40 mg				
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:			DURAÇÃO DA ANESTESIA:		
<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCOPIO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> S. VESICAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	<input type="checkbox"/>		
ENCAMINHADO			DESTINO		
<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO			<input type="checkbox"/> RPA		
<input checked="" type="checkbox"/> ADORMECIDO			<input type="checkbox"/> UTI		
<input checked="" type="checkbox"/> SONOLENTO			<input type="checkbox"/> QUARTO		
<input checked="" type="checkbox"/> INTUBADO					

23042810143921500000128697932

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

AT-610273

BLOCO CIRÚRGICO							
PACIENTE: <u>Jose Navarro Rodriguez</u>				REGISTRO Nº <u>359901</u>			
SALA CIRÚRGICA Nº <u>08</u>				DATA: <u>21/06/2020</u>			
CIRURGIA: <u>Frat. Exp. Pl. e 5. Int. Cir.</u>				CIRURGIÃO: <u>Dr. Ovídio Vasconcelos</u>			
ANESTESIA: <u>Raqui</u>				ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Luciano Bessa</u>			
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
04	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui <u>25</u>		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
02	Cetacina			02	Atadura Crepom		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
	Soro Fisiológico <u>2l</u>			02	Fio de Nylon <u>3,0</u>		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol				Gase 7,5x7,5 <u>01</u>		
02	Tenoxicam				Lâmina de Bisturi <u>24</u>		
02	<u>Neuprimask 05</u>				Luvas Estéreis 7,0		
01	<u>Xanexon</u>				Luvas Estéreis 7,5		
					Luvas Estéreis 8,0		
					Seringa 5ml		
					Seringa 10ml <u>01</u>		
					Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
					<u>TXC 10ml X 10cm</u>		
					<u>TX 10ml 7,5</u>		
					<u>03, 10ml 10cm</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Edson Vasconcelos
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM/PB 8818
 CREMEPE 22251

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Mr. Anderson P. Silva

Prontuário: 34.111.111

Data: 29/10/2020 Hora: 14h30

DIAGNÓSTICO: Infarto agudo do miocárdio

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

TRATAMENTO REALIZADO: Medicação

Alta Hospitalar: Data: 29/10/2020 Hora: 14h30

COMPRESSÃO
29 OUT 2020
PROTOCOLO
Certeza Lacerda
Médico do Trabalho
CRM 151.48

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





PREFEITURA MUNICIPAL
GRAVATÁ
AGORA É CRESCIMENTO

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

DATA DA SOLICITAÇÃO: 21.06.2020 | HORA: | DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM: 21.06.2020 | Nº CARTÃO SUS: |
NOME DO PACIENTE: Alexandre Henrique de Lima | IDADE: 19 anos
ENDEREÇO DO PACIENTE: | TELEFONE: |

DIAGNÓSTICO: Fratura de 5ª MTE + falange proximal de 3ª D.E.

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE: Queixa de dor com trauma no MTE. Fratura de 5ª MTE + falange proximal de 3ª D.E.

SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL: X mm/Hg | F. RESPIRATÓRIA: | bpm
F. CARDÍACA: | bpm | TEMPERATURA: | °C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: | ALERTA | | VERBAL | | SONOLENTO | | CONFUSO | | SEM RESPOSTA | GLASGOW: 5

EXAME FÍSICO: SIM NÃO (+ ++ +++ +++) | SIM NÃO (+ ++ +++ +++)
DESIDRATADO | | CIANÓTICO
DESNUTRIDO | | ICTÉRICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS: | DIABETES | | HAS | | IC | | SEQUELA AVC | | DPOC | | OUTROS |

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO EM USO	DOSAGEM

EXAMES COMPLEMENTARES: ECG ALTERAÇÕES: | NORMAL | RX TORAX: | | RX ABDOME: | | OUTROS: |

LABORATORIAL: HB: | HT: | LEUCO: | CPK: | TGO: | TGP: | AMILASE: | URINA: |

* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS.

HOSPITAL DE DESTINO: HUS - ORTOPEDIA

MÉDICO RESPONSÁVEL: Bartira Brá - CRM 11925 | SENHA CENTRAL: 5960285 | SENHA SAMU: |

HPVP - SAIB - ALTERAÇÃO 01/2017 - VIA ÚNICA - FORMATO A4 (210x297 mm)



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ		SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR		TRANSPORTE		RECEPTOR
MEDICO: CRM: Bartira Braz Medica CRM 11 825		MEDICO: CRM:		MEDICO: CRM:
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA				
SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA		RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:				
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:				
EXAMES ACOMPANHADOS:				
CONDUTAS REALIZADAS:				
SINAIS VITAIS:				
A: / mmHg Temp. °C				
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()				
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?				
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?				
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA				
EU, _____				
RG Nº _____		ORG. EXP. _____	UF _____	
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.				

PROTOCOLO



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ		SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR		TRANSPORTE		RECEPTOR
MEDICO: CRM: Bartira Braz Medica CRM 11 825		MEDICO: CRM:		MEDICO: CRM:
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA				
SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA		RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:				
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:				
EXAMES ACOMPANHADOS:				
CONDUTAS REALIZADAS:				
SINAIS VITAIS:				
A: / mmHg Temp: °C				
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()				
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?				
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?				
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA				
EU, _____				
RG Nº _____		ORG. EXP. _____	UF _____	
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.				

PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1934013905

FOTO

NOME
NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) UF
4276209-88P PE

CPF
755.976.834-20

DATA NASCIMENTO
07/03/1972

FILIAÇÃO
**JOSE RODRIGUES DA CUNHA
A. FILHO
ANA PAULINA DA SILVA**

PERMISSÃO
999.999.999.999

ACD
999.999.999.999

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06495383656

VALIDADE
14/01/2025

REAB. TACAO
29/10/2015

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GRAVATA, PE

DATA EMISSÃO
15/01/2020

ASSINATURA DO EMISSOR

86425806965
PE096578955

PERNAMBUCO

COMPPE

24 OUT 2020

PROTOCOLO



PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 11.012.245 expedido por SIP/PE em 22/04/2019 inscrito no CPF sob o nº: 718.585.034-77

residente: SI MARIA IZABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IZABEL/AVENCA cidade: GRAVATA, Estado PE

2. OUTORGADO: NABIO RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 4.276.203, expedido por SIP/PE em 15/01/2020 inscrito no CPF sob o nº: 755.976.834-20

residente: SI MARIA IZABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IZABEL/AVENCA cidade: GRAVATA, Estado PE

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

JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA Acidente ocorrido no

dia 21/06/2020 do sinistro de DPVAT da natureza _____

GRAVATA, 04 de setembro de 2020

OUTORGANTE: José Navison Rodrigues da Cunha

(reconhecer firma por autenticidade)



2º OFÍCIO DE GRAVATA - GRAVATA, PE
Reconheço a firma por autenticidade de: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA Dou fe
Em testemunho _____ da verdade.
Priscila Duarte do Nascimento Silva
Tabelia Substituta
Seio: 0073843.XDQ09202001.01747
Custas R\$ 4,45 TSUR R\$ 0,82 Total R\$ 5,27
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Ario: daniel



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECABWEB/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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nagie Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Nairison Rodrigues da Cunha inscrito
(a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
José Nairison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Sl Maria Izabel</u>		Número <u>700</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>M. Izabel</u>	Cidade <u>Gravatá</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9668-4814</u>		Telefone celular (DDD)

Gravatá, 28 de 09 de 20
Local e Data

Nagie Rodrigues da Cunha
Assinatura do Declarante



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADO
11.012.245

DATA DE
EXPIRAÇÃO 22/04/2019

NOME
JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

FLUXUO
NASCIMENTO
28/02/2001

DATA DE NASCIMENTO
28/02/2001

CPF
11.012.245

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/1983

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SOCIEDADE DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

30.12

CARTERA DE IDENTIDADE

JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
718.585.034-77

Nome
JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Nascimento
28/02/2001

COMPRESA S/A

24 OUT 2020

PROTOCOLO



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ		SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR		TRANSPORTE		RECEPTOR
MEDICO: CRM: Bartira Braz Medica CRM 11 825		MEDICO: CRM:		MEDICO: CRM:
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA				
SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA		RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:				
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:				
EXAMES ACOMPANHADOS:				
CONDUTAS REALIZADAS:				
SINAIS VITAIS:				
A: / mmHg Temp. °C				
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()				
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?				
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?				
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA				
EU, _____				
RG Nº _____		ORG. EXP. _____	UF _____	
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.				

PROTOCOLO



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ		SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR		TRANSPORTE		RECEPTOR
MEDICO: CRM: Bartira Braz Medica CRM 11 825		MEDICO: CRM:		MEDICO: CRM:
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA				
SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA		RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:				
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:				
EXAMES ACOMPANHADOS:				
CONDUTAS REALIZADAS:				
SINAIS VITAIS:				
A: / mmHg Temp: °C				
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()				
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?				
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?				
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA				
EU, _____				
RG Nº _____		ORG. EXP. _____	UF _____	
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.				

PROTOCOLO





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE
Nº 015101911716
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 493425896 RASC 2020
NOME: NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

GRAVATA-PE
OFF / CNH 0 PLACA PGD7731
755.976.834-20 CHASSI 9C2KC1670CR613072

PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL
MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI ANO FAB. / ANO MOD. 2012 / 2012
CAP. / POT. / CL. 2E / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

1 P IPVA 2020 QUITADO 1º VENC. / COTAS 1º
FAVIA / PVA 1º PARCELAMENTO / COTAS 2º
A 1 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 8.10 ICF (R\$) 0.05 PRÊMIO TOTAL (R\$) 8.15 DATA DE PAGAMENTO 15/01/20
SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

GRAVATA-PE
RÉBERTO CARLOS MOREIRA VONTELLES
DIRETOR PMS

DATA 12/02/20

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OUTROS POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU ADO: SEGURO DPVAT

PE Nº 015101911716 BILHETE DE SEGURO DPVAT
NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

GRAVATA-PE
VA 1 493425896 RASC 2020 EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 12/02/20
OFF / CNH 0 PLACA PGD7731
755.976.834-20 CHASSI 9C2KC1670CR613072

RENAVAM 893425896 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI
ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012
OF. INF. 09 Nº CHASSI 9C2KC1670CR613072

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 3.65 DENTRAN (R\$) 4.05 CUSTO DO SEGURO (R\$) 4.05
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICF (R\$) 0.05 TOTAL BILHETE + COTAS (R\$) 12.30
PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 15/01/20

☒ COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O SILHETE DPVAT ELE NÃO É DE FORTES OBRIGATORIO.

29 OUT 2020
PROTÓCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389076 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA **Data do acidente:** 21/06/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO.
FRATURA DE CUNEIFORME MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P3/5-CIRURGIA 6/10/11

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ		SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR		TRANSPORTE		RECEPTOR
MEDICO: CRM: Bartira Braz Medica CRM 11 825		MEDICO: CRM:		MEDICO: CRM:
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA				
SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA		RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:				
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:				
EXAMES ACOMPANHADOS:				
CONDUTAS REALIZADAS:				
SINAIS VITAIS:				
A: / mmHg Temp: °C				
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()				
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?				
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?				
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA				
EU, _____				
RG Nº _____		ORG. EXP. _____	UF _____	
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.				

PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1934013905

PROIBIDO PLASTIFICAR
1934013905

PERNAMBUCO

Nome: **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**

Doc. Identidade (Org. Emissor) UF: **4276209-88P PE**

CPF: **755.976.834-20** DATA NASCIMENTO: **07/03/1972**

FILIAÇÃO: **JOSE RODRIGUES DA CUNHA
A. FILHO
ANA PAULINA DA SILVA**

PERMISSÃO: **999.999.999.999** ACD: **999.999.999.999** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **06495383656** VALIDADE: **14/01/2025** 1ª EMISSÃO: **29/10/2015**

OBSERVAÇÕES:
A

ASSINATURA DO PORTADOR: *Nagio Rodrigues da Cunha*

LOCAL: **GRAVATA, PE** DATA EMISSÃO: **15/01/2020**

ASSINATURA DO EMISSOR: *Roberto Fontelles*
CPF: **000.000.000-00** NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: **86425808965**
ASSINATURA DO EMISSOR: **PE096578955**

PERNAMBUCO

COMPPE
24 OUT 2020
PROTOCOLO



PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 11.012.245 expedido por SIP/PE em 22/04/2019 inscrito no CPF sob o nº: 718.585.034-77

residente: SI MARIA IZABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IZABEL/AVENCA cidade: GRAVATA, Estado PE

2. OUTORGADO: NABIO RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 4.276.203, expedido por SIP/PE em 15/01/2020 inscrito no CPF sob o nº: 755.976.834-20

residente: SI MARIA IZABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IZABEL/AVENCA cidade: GRAVATA, Estado PE

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

JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA Acidente ocorrido no

dia 21/06/2020 do sinistro de DPVAT da natureza _____

GRAVATA, 04 de setembro de 2020

OUTORGANTE: José Navison Rodrigues da Cunha

(reconhecer firma por autenticidade)



2º OFÍCIO DE GRAVATA - PE
Cartório do 2º Ofício de Gravata - PE
Reconheço a firma por autenticidade de: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA Dou fe
Em testemunho _____ da verdade.
Priscila Duarte do Nascimento Silva
Tabelião Substituto
Selo: 0073843.XDQ09202001.01747
Custos R\$ 4,45 TSUR R\$ 0,82 Total R\$ 5,27
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Ario: daniel



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECABWEB/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 Nagie Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Nairson Rodrigues da Cunha inscrito
(a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
José Nairson Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Sl Maria Izabel</u>		Número <u>700</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>M. Izabel</u>	Cidade <u>Gravatá</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9668-4814</u>		Telefone celular (DDD)

Gravatá, 28 de 09 de 20
Local e Data

Nagie Rodrigues da Cunha
Assinatura do Declarante



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308877/20

Vítima: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

CPF: 718.585.034-77

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

Data do acidente: 21/06/2020

Titular do CPF: JOSE NAVISON
RODRIGUES DA CUNHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA : 755.976.834-20

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

JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA : 718.585.034-77

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: 29/10/2020
Nome: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA
CPF: 718.585.034-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

