

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210184037

Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

Data do Acidente: 01/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

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, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido , pois não foi entregue.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16955076



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210184037

Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

Data do Acidente: 01/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

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 completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002229-2

Conta: 000010014362-8

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

066.302.394-74 Joseildo Guimarães Ferreira

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

Nome completo:

CPF:

Joseildo Guimarães Ferreira

066.302.394-74

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Agricultor

Sítio Bom Sucesso

514

Casa

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Zona Rural

Alagoinha

PE

55260-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2229 2

CONTA: 14362 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.



Local e Data: Alagoinha, 18 de março de 2021

Nome: Thiago McFael Carvalho do Alencar

CPF: 095.913.725-67

Thiago McFael Carvalho do Alencar

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: Wallyson Felipe da Silva

CPF: 121.556.974-22

Wallyson Felipe da Silva

Assinatura

2º Nome: Leonardo José S. Gomes

CPF: 046.782.884-70

Leonardo José S. Gomes

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA -
DP113ªCIRC DINTER1/15ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0203000190

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/06/2020** às **15:37**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **1/12/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 01, LAGE DE
CARAPICHO** - Bairro: **CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**SINISTRO (AUTOR \ AGENTE)
JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA (VITIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) .
Sr(a): JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA**

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

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

**JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
SEVERINA GUIMARÃES FERREIRA Pai: LUIZ ALVES FERREIRA Data de Nascimento:
16/2/1981 Naturalidade: ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7893288/SDS/PE (RG). 06630230474 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª.
GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 01, SÍTIO BOM SUCESSO - CEP: 9 -
Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSEÍLDO GUIMARÃES
FERREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS Objeto apreendido: NÃO.
Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Placa: PF29933 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 488420836 Chassi:
9C2JC4110CR508508**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **QASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE TRANSITAVA NA VIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, NO ACIDENTE SOFREU FRATURAS NO MEMBROS INFERIORES E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

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

JOSEÍDO GUIMARÃES FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CAROLANO BARBOSA DOS SANTOS - MAT. 221755-4 -**
Matrícula: **221755-4**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA - DP113ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0203000190

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/06/2020 às 15:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 1/12/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 01, LAGE DE CARAPÍCHO - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 0**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
SINISTRO (AUTOR \ AGENTE)
JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA**

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

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

JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA GUMRÃES FERREIRA
Pai: **LUIZ ALVES FERREIRA** Data de Nascimento: **15/2/1961** Naturalidade: **ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7593258/3DS/PE (RG), 06630239474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 01, SÍTIO BOM SUCESSO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFE0033 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **458120835** Chassi: **9C2JC4110CR508505**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE TRANSITAVA NA VIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, NO ACIDENTE SOFREU FRATURAS NO MEMBROS INFERIORES E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

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

JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA
(VITÍMA)

B.O. registrado por: **CARIOLANO BARBOSA DOS SANTOS - MAT. 221755-4 - Matrícula: 221755-4**

(Liberado em 26/06/2020 às 15:37)



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Joseildo Guimaraes Ferreira

CPF da Vítima

041.098.384-52

Data do Acidente

01.12.2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alagoinha, 17 de Janeiro de 2020

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Identificação

Médico Regulador: Filipe **SAÚDE:** Arreste **Operador de Pronta:** 38

Data: 01/12/2019 **Nome:** Yosildo Guimarães Furtado **ID:** 0210 **1ª Ocorrência:** Queda de altura **Unidade Referente:** Arreste **Cidade da Unidade:** Arreste

Endereço: Hospital Lúcio Cavalcanti

Bairro: Arreste **Município:** Arreste

Ponto de Referência: Arreste

Nome da Vítima: Yosildo Guimarães Furtado **Idade:** 38 **Sexo:** M

Solicitante/Foto: Yosildo Guimarães Furtado

CPF ou RG: 84800344996084

Queixa: Queda de altura **Transmissão:** 5825173

☐ Apoio da OPM ☐ Médico prestando suporte a USU ☐ Liberação da USU da Unidade de Referência pelo Médico Regulador

Declaro para devidos fins que quando a equipe do SAMU 192 chegou ao local, foi constatado que a/s vítima/s foi/foram socorrida/s por terceiros, nesta oportunidade assino: CPF ou RG: Assinatura:

Comunicação: 12:21 **Saída da Base:** 13:23 **Chegada ao Local:** 15:44 **Saída do Local:** 16:12 **Chegada ao destino:** 18:56 **Saída do destino:** 21:14 **Chegada a Base:** 02:30

Tipos de acidentes:

☒ Acidente de Trânsito: Queda de altura

☐ Pedestre ☐ Condutor do veículo ☐ Passageiro do veículo

☐ Clínico ☐ FAF ☐ FAF

☐ Queimadura ☐ Térmica ☐ Química ☐ Elétrica

☐ Pediátrico ☐ Psiquiátrico ☐ Queda afogamento ☐ Queda Metro ☐ Queda própria altura ☐ Lesões Térmicas

☐ PCR ☐ Agressão ☐ Eletrocussão ☐ Genico-Obstétrico ☐ Desabamento/ soterramento ☐ Outros:

Antecedentes:

☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ Alergia ☐ AVC ☐ Cirurgias realizadas

☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal

☐ Drogadição ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Medicamentos: ☐ Problemas Respiratórios ☐ Outros:

Sinais Clínicos Principais sintomas/queixas:

☒ Agitação/ Agressividade ☐ Alergia ☐ Ausência de pulso ☐ Cianose ☐ Inconsciente/ Desmaio ☐ Dor Precordial

☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dispneia ☐ Febre ☐ Sudorese ☐ Dor local:

☐ Cefaleia: ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ Hálito Fétido ☐ Náuseas ☐ Outros:

Dados Vitais:

Início dos sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 à 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Nome	PA	PULSO	FR	Temp. Axilar	Glândulas	Saturação O2 %	Glasgow
Início:							
Fim:							

Respiração:

Vias Aéreas: ☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco Aspiração ☐ Edema de Glote

Respiração/ Ventilação: ☒ Espontânea ☐ Parada Respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular

Ausculta: ☒ Normal ☐ Roncos/Sibilos ☐ Estridores ☐ Diminuição MV ☐ Ausência MV

Expansibilidade: ☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

Circulação:

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente

Pele: ☒ Normal ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Palidez ☐ Outros:

Edema: ☒ Ausente ☐ Palpebral ☐ Membros Inferiores ☐ Anasarca

Perfusão: ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente

Ausculta: ☒ Normal ☐ Arritmia ☐ Sopro ☐ Outros:

ECG: ☒ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

Rede Aminha
CRAM-E 23971

Observações: Paciente EGD
concomitante, desorientado
e induzido ao sono
mesmo para
o hospital de
destino.

Escala de coma de Glasgow

Segmento:

Gineco-Obstétrico:

Procedimientos:

Destino:

Pedro Saminha
Assistente e Terapeuta Médico
ORIT (Oração de destino)
Hora: _____

Pertences do paciente

Equipe

Término de Recusa:

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	24/09/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321018403701
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02229

CONTA: 000010014362

Número da Autenticação

4D1F1A4A736776EF

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINA GUIMARÃES FERREIRA, inscrita no CPF sob o nº 821.520.634-49, **DECLARO**, para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que o Sr. JOSEILDO GUIMARÃES FERREIRA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG Nº 7.593.258 SDS-PE, inscrito no CPF sob Nº 066.302.394-74, residente e domiciliado no Sítio Bom Sucesso S/N, ZONA RURAL, Alagoinha-PE, CEP: 55260-000, reside na minha propriedade já relatada.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Alagoinha - PE, 19 de fevereiro de 2021.



Luiz Tiago Galindo de Melo
SEVERINA GUIMARÃES FERREIRA

TESTEMUNHAS

Robson de Souza S. Figueiredo - 046-782-884-90
CPF:

Nallyson Felipe da Silva
CPF: 321.556.974-22

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26 maio.

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 08.838.930/0001-13 | Insc. Est. 0008643-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SEVERAL: A GUN. AMMUNITION.

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

51604 SUCCESS 11.2

CPF 821 520 634-24

CENTRO LARAF - 4140
ALAGONIA FE
55280-000

CLASSIFICAÇÃO

BT RES CENICAL
RES CENICAL
Manderson

1500000000	1500000000	1500000000
------------	------------	------------

15/12/2020	2001020134	133272
------------	------------	--------

4002266135 12/2020
22/12/2020 14/01/2021
81.55

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (PWHY, TIFU)	86,000000	0,4125867	35,28
Consumo Água (PWHY, TIFU)	86,000000	0,3882372	33,38
Consumo Bateria VERME_LHA			3,51
Consumo Bateria VERME_LHA			3,00
Consumo Bateria VERME_LHA			0,43
Consumo Bateria VERME_LHA			1,39
Consumo Bateria VERME_LHA			0,41
Consumo Bateria VERME_LHA			1,37
Consumo Bateria VERME_LHA			2,37

TOTAL DA FATURA

81.55

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA PONTAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (m³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
AG2724	Cal	13-11-2020	11 262,00	15-12-2020	11 261,00	32	1,0000		0,00

Migração (mil)		Migração (mil)			Migração (mil)		
		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO			
DEF 20	80				Geração de Energia	R\$ 25,73	33,51%
INT 20	72				Transmissão	R\$ 3,54	4,56%
DUT 20	77				Distribuição (Custos)	R\$ 15,42	20,07%
DEF 20	77				Perdas de Energia	R\$ 5,26	6,85%
DEF 20	65				Energias Sotáveis	R\$ 3,02	3,93%
AGO 20	74				Incidentes	R\$ 22,01	28,69%
AA 20	66				Total	R\$ 75,91	100%
JA 20	71						
MA 20	74						

3748 EFA6 700E 2A12 705E C43E E7DC 083E

RECAP: MOST IMPORTANT

Page TWO PAPER FIVE PART TWO YOU ARE WORKING FOR THE FBI IN AN ATTEMPT TO IDENTIFY A PERSON WHOSE NAME IS "JOHN J. WATSON". THIS PERSON HAS BEEN REPORTEDLY ASSOCIATED WITH THE "BLACK PANTHER PARTY" AND "THE BLACK PANTHER PARTY" IS A GROUP OF PEOPLE WHO ARE ACTIVELY ENGAGED IN THE STRuggle FOR THE LIBERATION OF THE NEGRO PEOPLE. THE PERSON WHOSE NAME IS "JOHN J. WATSON" IS A WHITE MALE, BORN IN 1940, AND IS CURRENTLY RESIDING IN NEW YORK CITY. THE PERSON WHOSE NAME IS "JOHN J. WATSON" IS A MEMBER OF THE "BLACK PANTHER PARTY" AND IS ACTIVELY ENGAGED IN THE STRuggle FOR THE LIBERATION OF THE NEGRO PEOPLE.

CONCEITO	VALOR ANUALIZADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
ORG	15,58	11,45	32,92	45,60
PRE	1,00	7,59	18,15	36,30
CMRG	13,64	8,25	0,00	0,00

Linda E. Chaffin (Ed.) \$ 22.50 (hardcover) 288 pages 1994 ISBN 0-12-0333-6-0

DADOS DO CLIENTE NOME: MIRIAM CARVALHO DE ALMEIDA RUA BRASILIA ROTA DO LITAO N° 300 - JARDIM BOA FORTUNA CEP: 05200-000 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 06.911.060.000 EMISSÃO AUTOMÁTICA: 00/NAO/AI		MATRÍCULA:			
SITUACÃO AGÜA LIGADO	SITUACÃO ESGOTO POSSÍVEL	RESIDENCIAL 1	PÚBLICA		
HIDRÔMETRO NÃO MEDIDO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AI) NÃO MEDIDO		
AGÜA: LEIT ANT.: CONSUMO: 10 LEIT ATU: LEIT FAT:					
HISTÓRICO DE CONTAGEM REFERÊNCIA CONSUMO					
		MÊS DE AMOSTRAS			
PARAMETROS	FAT.	PORT.	AQUISIÇÃO REALIZADA	ATENDE A TABELA	
TURBIDEZ	18	14	14	14	
COR APARECER	18	14	14	14	
CLORO RESIDUAL	18	14	14	14	
COLOR. TOTALIS	18	14	14	14	
E.T.U.	18	14	14	14	
MEDIA: 10 Qualidade de Água: www.compete.com.br					
GEN.: CISCOLIFORMES, TOTALS ABSENÇA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARAMETROS CORFORMES TOTALS, ESCHECHICIA COLI E CLORO, RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARAMETROS COLOR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.					
DESCRICÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)		
ÁGUA					
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(%)					
CONSUMO DE ÁGUA		10 M³	45,15		

VENCIMENTO: 05/07/2021 TOTAL A PAGAR: 45,13

924 FALCONE ET AL.

compesa

ATENDEMENTO: 0800-0810195
VIAZAMENTOS: 0800-0810185

ouv
servic

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)

Capitals e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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, Edite Miliano dos Santos

RG nº 6141324, data de expedição 03/09/98,

Órgão SSP, portador do CPF nº 041.098.384 - 52,

com domicílio na cidade de Alagoinha, no Estado de

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

Sítio Lage do Carrapicho, nº S/N

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

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

Joseildo Guimarães Ferreira, cujo o condutor era

Joseildo Guimarães Ferreira.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/CG 125 FAN K3 Ano: 2012

Placa: PFE 8933 Chassi: 9C2JC4110CR 508505

Data do Acidente: 01/12/19

Local e Data: Alagoinha, 17 de Janeiro de 2020

Edite Miliano dos Santos

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor

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

DOCUMENTO
DO
VEÍCULO

Relatório
MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHA

Secretaria Municipal de
Saúde

Laudo Médico

Atesto para Os devidos fins que O paciente masculino Joseildo Guimaraes Ferreira, 40 anos idade, está sendo acompanhado pelo Equipe de Saúde Bem Sucesso depois de super acidente Motocicleta (Dezembro 2019) com múltiplas lesões (Fratura exposta De Patela Esquerda CID 10 S82.0. Tratamento realizado Fio de Cerdagem). O paciente queixa muito dor e inflamação do joelho esquerdo, sem melhora com analgésicos na fisioterapia. Considero o paciente não pôde fazer atividades físicas e ficar afastado do trabalho por tempo indeterminado.

CID 10. S82.0
T93.4
T93.5

17/02/2021

Dr. Yamilo Cereza Mochada
Médica
RMS 2601218/PE.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA	PRONTUÁRIO: 1703292	ATENDIMENTO: 01518190
DATA DE NASCIMENTO: 15/02/1981	FOI ATENDIDO EM: 01/12/2019 Às 11:11	
	DATA DA ALTA: 09/12/2019 ÀS 07:54	

Diagnóstico Provável:

HEDA LAMINAR
TCE GRAVE (S.06)
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA

Tratamento Realizado:

CONSERVADOR - CRANIO

Observação:

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE ALAGOINHA- PE
ERALDO PAES DA SILVA
Fone: (87) 38391-160

AUTENTICAÇÃO -- Conforme com o original que me foi
apresentado nesta ato. Dou fé. Alagoinha/PE,
24/09/2020.

Selo: 0150789.JXND9202001.00325 24/09/2020 10:40:35
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/salodigital



Oficial Delegado
053 945 574-02

Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE DR. MARCOS ALCINO, APOS 15 DIAS DA ALTA
AOS CUIDADOS DA TRAUMATOLOGIA

KAUE FRÂNKE
CRM: 25349

KAUE FRÂNKE - CRM: Nº.25349

Recife, 09, DEZEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS. Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

FICHA DE ESCLARECIMENTO

HCME: ICSEILDO GUIMARAES FERREIRA	PRONTUÁRIO: 1703292	ATENDIMENTO: 01518190
DATA DE NASCIMENTO: 15/02/1981	FOI ATENDIDO EM: 01/12/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 17/12/2019 ÀS 14:30	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA ACIDENTE MOTOCICLETA
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA CID 10 S82.0

Tratamento Realizado:

1) FIO DE CERCLAGEM

Observação:

- 1) ALTA ORTOPEDIA
- 2) FISIOTERAPIA MOTORA
- 3) ANTIBIÓTICO ORAL + ANALGESIA
- 4) AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 30 DIAS

Encaminhado para:

- 1) RETORNO AO AMBULATORIO DE DR TIAGO MOURA APOS 3 SEMANAS ALTA HOSPITALAR

Stanley Napoleão
MÉDICO
CRM: 7472

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: Nº.7472

Recife, 17, DEZEMBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE ALAGOINHA- PE
ERALDO PAES DA SILVA
Fone: (87) 38391-160

AUTENTICAÇÃO
apresentado
24/09/2020.

- Conforme com o original que me foi
neste ato. Dou fé. Alagoinha/PE, 24/09/2020.

Selo: 0150789.VGB09202001.00326 24/09/2020 10:40:35
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 08/01/2020 11:00Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 840 - TIAGO MESQUITA MOURA
Agenda.....: 53818

Ok

Informações do Paciente

Paciente.....: 1703292 Same.....:
Nome.....: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (87) - 991684893 / Celular: () - Nasc.....: 15/02/1981
Endereço.....: SITIO BOM SUCESSO, 1 - ZONA RURAL - ALAGOINHA - PE - Cep: 55260000
Cidade.....: ALAGOINHA

Agendado por: THAYLISSONBS

Retorno em 1 mês

Dr. Tiago Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15197 / RBO 13045

02/01/20



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

João Paulo Ferreira

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

- Fisioterapia motoras
20 Sessões
MD: Fratura de
patela.

Dr. Sérgio Rafael de S. A. Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 27783

Data: 08/01/20

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE ALAGOINHA- PE
ERALDO PAES DA SILVA
Fone: (87) 38391-160

AUTENTICAÇÃO
apresentado
24/09/2020.

- Conforme com o original que me foi
neste ato. Dou fé. Alagoinha/PE

[Handwritten signature]

Selo: 0150789.XI109202001.00324 24/09/2020 10:40:35
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Oficial Designado
CPF 0537402.3-00

Paciente :

Cód.: 1703292

Nome: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

Data Nasc.: 15/02/1981 Sexo: MASC.

Fone: 55 87 991684893

e-mail:

Agenda:

Nr do protocolo: 348937

Código: 54087

Agendado para: 05/02/2020

Médico:

TIAGO MESQUITA MOURA

Recurso:

Setor:

TERREO - AMBULATORIO

Convênio:

SUS - AMBULATORIO

Plano:

PLANO UNICO

Unidade de Atendimento:

AMBULATORIO GERAL

Endereço da Unidade:

Itens Agendados:

~~12:30~~ CONSULTA EM AMBULATORIO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA DE RETORNO

11:00

Agendado Por VANDERSONASN em 08/01/2020



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:

Isreilde Guimarães
Ferreira

Paciente no pré-
operatório de fratura
de patela
esquerda.

Evolui sem in-
tercorrências

HD - Fratura de
patela

Data: / /

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:

Isreilde Guimarães
Ferreira

Paciente no terceiro
dia pós-operatório
de fratura de pa-
tela esquerda.

Evolui ainda em
cadeira de rodas
apesar dos sinais
de consolidação

Data: / /

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE ALAGOINHA - PE
ERALDO PAES DA SILVA
Fone: (87) 38391-160

AUTENTICAÇÃO - Conforme com o original que me foi
apresentado neste ato. Dou fé Alagoinha/PE
24/09/2020.

Selo: 0150789.Y0S09202001.00323 24/09/2020 10:40:35
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/salodigital



fratura de patela

HD - Fratura de patela

CD - 1) Encaminhamento a fisioterapia

2) Afastamento por remenda de.

CD - Afastamento por remenda de S22.

Dr. Tiago Moura
Ortopedia/Traumatologia
CRM 15731 TEST 13045

02/01/20

S22

Dr. Tiago Moura
Ortopedia/Traumatologia
CRM 15731 TEST 13045

05/02/20

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES



Name:

José G. Ferrer

Idade:

Registro:

170 3292

Box 1. eito/Enfermaria:

Clinica/Setor:

Exames Solicitados:

Exames Solicitados:

- Re felle E AP+ f

dos Clínicos:

Dados Clínicos:

Date: _____

Hora:

Ass. Carim, R.

Dr. Tiago Moura
Fisioterapia
CRP-E 15791 TEOT 13045

Preparada no Gratian Hospitalar Alta Nivel

COD. 913

Method: Stetson

Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: ☐	Isocóricas ☒
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 4	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5	Glasgow: Resposta Motora Escore: 6	

ECG 13 (4 ocular, 3 verbal e 6 motora). Pupila heterocorética

Exposição/Abdômen:

Abdômen flácido; fúscido; indurido à palpação sem contração da defesa
Lente exposta da joelha esquerda

Diagnóstico Inicial:

Cod. Procedimento

Poli-trauma

Conduta:

1) Solicito TC de crânio, coluna cervical e abdômen sem contraste
2) Solicito RX da joelha esquerda AP e perfil
3) Análises de UCP e transaminas.

Ass. Médico

edro Caminha
Clínico Transfusão

Evolução de Enfermagem:

CRM-FE 23971

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Internado na Clínica:

Transferido para:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 01-dez-19

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 01/12/2019 18:51

Nome Paciente: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: U0044
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 01/12/2019 18:52 - 01/12/2019 18:53

REBECA MAIARA SOARES DE LIMA - COREN: 559813 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE OITO HORAS, APRESENTANDO OTORRAGIA, HEMATEMESE, RNC.

Observação: SENHA:5828173
PACIENTE PASSOU DIRETO PARA VERMELHA

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 12

*Cirurgia geral 01/12/19 20:55
Paciente estavel clinicamente, AP = mto em RS
Ac = SAT 97/55
Pulso firme, regular, 100bpm a palpação
Tpc abdome = sem alterações*

Colo alta da cirurgia gen
Dr. Luiz Eduardo L. Silva
Cirurgião Geral
CRM-PE 26455

Acolhido(a) por: REBECA MAIARA SOARES DE LIMA - COREN: 559813 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/12/2019 18:53

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA	PRONTUÁRIO: 1703292	ATENDIMENTO: 01518190
DATA DE NASCIMENTO: 15/02/1981	FOI ATENDIDO EM: 01/12/2019 Às 11:11	
	DATA DA ALTA: 09/12/2019 ÀS 07:54	

Diagnóstico Provável:

HEDA LAMINAR
TCE GRAVE (S.06)
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA

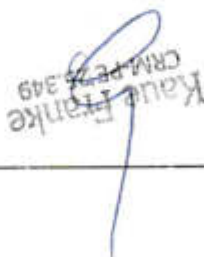
Tratamento Realizado:

CONSERVADOR - CRANIO

Observação:**Encaminhado para:**

AO AMBULATORIO DE DR. MARCOS ALCINO, APOS 15 DIAS DA ALTA
AOS CUIDADOS DA TRAUMATOLOGIA

KAUE FRANKE - CRM: N°.25349



KAUE FRANKE
CRM: 25349

Recife, 09, DEZEMBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS. Empresas. Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA	PRONTUÁRIO: 1703292	ATENDIMENTO: 01518190
DATA DE NASCIMENTO: 15/02/1981	FOI ATENDIDO EM: 01/12/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 17/12/2019 ÀS 14:30	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA ACIDENTE MOTOCICLETA
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA CID 10 S82.0

Tratamento Realizado:

- 1) FIO DE CERCLAGEM

Observação:

- 1) ALTA ORTOPEDIA
- 2) FISIOTERAPIA MOTORA
- 3) ANTIBIOTICO ORAL + ANALGESIA
- 4) AFASTAMENTO ATIVIDADES LABORAIS POR 30 DIAS

Encaminhado para:

- 1) RETORNO AO AMBULATORIO DE DR TIAGO MOURA APOS 3 SEMANAS ALTA HOSPITALAR

Stanley Napoleão
MEDICO
CRM 7472

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº.7472

Recife, 17, DEZEMBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

INDIANO GUANABARA

Enfermaria/Leito

-

Registro

-

EVOLUÇÃO CLÍNICA

07/17/79

Amor

(11.50)

Paciente C/ história de trauma de mão
direita, às 10:00

No exame físico (fz exame p/ trauma
TC), S/Ambulando sem auxílio (com
PIR)

TC c/ trauma de mão e de
de mão

TC c/ trauma de mão e de
de mão

CO (1) OBSERVAÇÃO em U.T.

(2) LACRADO P/ PRIMEIRO ANO DE VIDA



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

José Carlos Guimarães

EVOLUÇÃO CLÍNICA

02/12/19

5884

Adesão satisfatória a tratamento terapêutico de rotina em primeira consulta. Sem intercorrências. Clima estável, adequado, algo deprimido, mas sem alterações espontâneas e sem queixas.

Exames: ECG, de 2 meias, de 12 leads, variáveis

SCV - R R 25 3NF 55 FC 87

PA: 130/80

AR: M0 AAT 0 RA Sat 96% ao

SN ECG $4+4+6=14$ pupila não dilatada, olhos no eixo, palpebras D. Simetria de eixo, C D / um pouco mais no momento

PCV: muita os 4 membros - um de coloração

CD: Alta SFA - acompanhamento - TC e NC 12

Dr. Roberto Sales
CRM-PE 10.531



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

02/12/2018

Traumatologia

01:35 Paciente com queixa de exposição de pele e fratura da mesma, sendo por procedimento de controle de dano. Procedimento ocorreu em internamento, por estar hemodinamicamente;

eis: 1. A SR;

2. Em acompanhamento pelo NCR e pela trauma;

matro;

3. V.P.U.

Dr. André Almeida
Médico
CRM 26.793

04/12/19

2º Dia Trat. cont. de péda Esp.

Dir. 7. 10/11/19, 13. 11/11/19
futura

Paciente em tratamento contínuo

Seu estado

APC: 66/76

APC: 130/80 / 140/90

APC: 96/93

APC: 105/94

Seu estado

Paciente em tratamento contínuo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 01-R36

15/02/1981

Não Alfabetizado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.593.258 DATA DE EMISSÃO 21/05/2004

NOME << JOSEILDO GUIMARÃES FERREIRA >>

PRENOME << LUIZ ALVES FERREIRA >>

MATERNIDADE << SEVERINA GUIMARÃES FERREIRA >>

LOCALIDADE DE NASCIMENTO CÂPOEIRAS PE 15/02/1981

DOC. ORIGINÁRIO CN.3 108 L.A.03 F.177V CART. PERPÉTUO-SOCCORRO ALAGOINHA-PE 12.11.1988

ASSINATURA DO CORREIOR

LEI Nº 7.116 DE 2008

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
066.302.394-74

Nome
JOSEILDO GUIMARÃES FERREIRA

Nascimento
15/02/1981

USE SEMPRE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
PFPEBB01.000.000

A autenticidade deste comprovante dos
seus dados pode ser verificada no endereço:

www.receita.fazenda.gov.br

Assinatura do Corredor de Arquivo

Ass 11:14:30 do dia 08/07/2015 (hora e data de emissão)

digito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 019-14

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E VALORES DEFEI




Thiago Michael Carvalho de Almeida

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEBIL 8.270.794 DATA DE EMPREGO 09/04/2007

NOME << THIAGO MICKAEL CARVALHO DE ALMEIDA >>

PAIS << MAURILIO DE ALMEIDA SILVA >>

<< VERA LUCIA CARVALHO DE ALMEIDA >>

NACIONALIDADE PESQUEIRA - PE DATA DE NASCIMENTO 01/03/1994

DEC. ORDEM << CN.5314 L.084 F.98V CART. ALAGOINHA-PE 11.03.1994 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

7-23 04 967 - 3421

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

094.413.424-67

Nome

THIAGO MICKAEL CARVALHO DE ALMEIDA

Nascimento

01/03/1994

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão

ABR/2006

 **CORREIOS**

www.correios.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013713609798
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 458120855 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2018

EDITE MILIANO DOS SANTOS

ALAGOINHA - PE

041-098-384-52 PLACA PEE8933

PLACA ANT./UL ***** CHASSI 9C2JC4110CR508505

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN K3 ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP/POT/CIL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO 1ª *****

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 3 SEGURO 3º PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE PONTO OBRIGATORIO

ALDO 2ª TRANSFERENCIA

LOCAL ALAGOINHA - PE DATA 23/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 013713609798 BILHETE DE SEGURO DPVAT
EDITE MILIANO DOS SANTOS

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

ALAGOINHA - PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/03/18

VIA 1 COD. RENAVAM 458120855 CPF / CNPJ 091-098-384-52 PLACA PEE8933

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN K3

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CHASSI 9C2JC4110CR508505

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

JUL - 2017

Destinatário:

Seguradora Líder do Consórcio de Seguro DPVAT SA
Rua da Assembleia Nº 100, 26º Andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20.011-904

DH



AR
d/ET-20010

SEDEX	
PESO (kg)	Correios
Recebido	DR - PE
Assinatura	SCARL MP
Documento	
QB 34307447 1 BR	
FC081737	

29/06

Remetente:

Joseildo Guimarães Ferreira
Sítio Bom Sucesso, S/N
Zona Rural, Alagoinha - PE
CEP: 55260-000

(87) 991527909
605628155

TESTE MUVAM

TESTEMUNHO

REPUBLICA DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRÁFICO DE VEÍCULOS
AUTOMOTORES

Nome: LUIZ TIAGO GALINDO DE MELO

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR / UF: 8767246, SEDS PE

CPF: 100.741.814-16 **DATA NASCIMENTO:** 27/09/1996

PLACADO: LUIZ PEREIRA DE MELO S.
OSIRIO GALINDO RODRIGUES
DE MELO

Sexo: M **Cor:** B **Altura:** 1,70 **Peso:** 70 **Olhos:** AZ **Cabelo:** BR

Nº REGISTRO: 06320299074 **VALIDADE:** 18/11/2024 **1ª HABILITAÇÃO:** 12/03/2015

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Titular: Luiz Tiago Galindo de Melo

LOCAL: PERQUIRA, PE **DATA EMISSÃO:** 21/11/2019

Assinatura do Emissor: [Assinatura]

PERNAMBUCO

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL: 1933436203

PROIBIDO PLASTIFICAR

DEACAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 01R-35
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIH




CARTEIRA DE IDENTIDADE

TESTEMUNHA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.731.138 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/05/2013

NOME << NALLYSON FELIPE DA SILVA >>

ALUNO << JOSÉ VALDEMIR DA SILVA >>
<< LAUDJANE BARBOSA DA SILVA >>

NATURALIDADE PESQUEIRA - PE DATA DE NASCIMENTO 13/05/1996

LEI << CN.3908 L.4A F.78 CART.PERPERUO
SOCORRO-ALAGOINHA-PE 29.11.1997 >>

CNP 121.556.974-22

F-55 81.120 - 4423

tu stenen

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

LEONARDO JOSE SILVA FIGUEIROA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6088049-SSP PE

CPF 046.782.884-90 DATA NASCIMENTO 04/06/1984

FILIAÇÃO
JOSE ARNALDO FIGUEIROA
MARIA DO SOCORRO SILVA FIGUEIROA

PERMISSÃO ☒ ACC ☒ CAT. HAB. ☒ AX

Nº REGISTRO 02494777825 VALIDADE 17/03/2023 1ª HABILITAÇÃO 02/09/2002

OBSERVAÇÕES
A
CEVVE
EAR

Carlos Alberto Sousa Ribeiro
Assessoria do Portador

LOCAL CARTAGUÁ, PE DATA EMISSÃO 10/04/2018

Carlos Alberto Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
Assessoria do Emissor

48635688842
PR0884432683

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1564880864

PROIBIDO PLASTIFICAR 1564880864

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 01R-35
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL



Edite Miliane dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

6141324

DATA DE
Emissão 03.09.1998

NOME

EDITE MILIANE DOS SANTOS

FILIAÇÃO

Benício Felix dos Santos e
Maria de Carmo Miliane dos Santos.

LOCALIDADE

Perqueira-FE

DATA DE NASCIMENTO

27.04.1975

DO ORGEM

Cert. N. 587,1.03 Fls. 47,39 cart. Perqueira-

FE

ASSINATURA DO DETON

17/09/98 D. 00000000

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

EDITE MILIANO DOS SANTOS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 02/02/00

S
E
R
P
R
D



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

EDITE MILIANO DOS SANTOS

Nº de inscrição

041098384-52

Data do Nascimento

27/04/75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210184037 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA **Data do acidente:** 01/12/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - GLASGOW 12 - GRAVE. P 4
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE CERCLAGEM. ALTA.
P 1/3/4/5/7/ / P 7/8_ANEXO

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P1 ANEXO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210184037 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA **Data do acidente:** 01/12/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - GLASGOW 12 - GRAVE. P 4
 FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIO DE CERCLAGEM. ALTA.
 P 1/3/4/5/7/ / P 7/8_ANEXO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144638/21

Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

CPF: 066.302.394-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/12/2019

Titular do CPF: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

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

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

JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA : 066.302.394-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/07/2021
Nome: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA
CPF: 066.302.394-74

JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2021
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144638/21

Número do Sinistro: 3210184037

Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

CPF: 066.302.394-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/12/2019

Titular do CPF: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA : 066.302.394-74

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.