



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
Nº 013435429720
1 5271799900 * * * * *
MARIA JOSE MENDES DA FAZ

PLACA	OLINDA - PE	DATA	0
PLATEAU	PFV6534	DATA	0
VEHICULO	067-559-314-93	DATA	0
PLATEAU	9C2KC1650DR307644	DATA	0
TIPO	DAS /MOTOROCICLETA	COMBUSTIVEL	ALCO/GÁSOL
MARCA	HONDA/CG 150 TITAN ESD	ANO/FAB.	2013
CATEGORIA	2P / 149CL	USO	PROFISSIONAL
CONDICAO	1-IPVA 2018 QUINTADO	DATA DE OBTENCAO	1-10/18
FAVORAVEL	1	PERMINTIMENTO/IDÉIAS	1-*****
SEGURACAO	1	PERMINTIMENTO/IDÉIAS	2-*****
RESERVA	1	PERMINTIMENTO/IDÉIAS	3-*****
DATA DE HIGIENICO		DATA DE HIGIENICO	
DESERVICIOS		DESERVICIOS	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. - SEGURO DPVAT

PE Nº 013435429720 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA JOSE MENDES DA FAZ

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIBER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

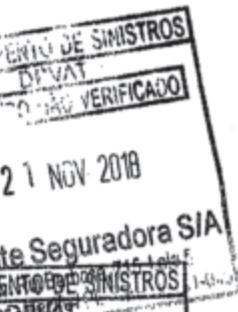
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
VÁ	067-559-314-03	2013	22/02/18
VÁ	527179990	2013	PEV6534
VÁ	09	2013	HONDA / CG 150 TITAN ESD
VÁ	3C2KC1650DR307644	2013	PEV6534

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO		DATA	
USUÁRIO	1	09/01/18	09/01/18
SEGURADO	1	09/01/18	09/01/18
COBRANÇA	1	09/01/18	09/01/18
PERÍODO	1	09/01/18	09/01/18

SEGURADORA LIBER - DPVAT
CNPJ 03 240.903/0001-04

DESPACHO E GUARDA A BEMTEZ DPVAT
ELA NOME DE FORTES OBRIGATÓRIOS



17 MAI 2019

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 101
Barra - Recife / PE CEP: 52.100-000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190329256 **Cidade:** Passira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MAXILA DIREITA.
FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - BARRA DE ERICH.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190329256 **Cidade:** Passira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA MAXILA DIREITA.
FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - BARRA DE ERICH.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁGINA 03 RELATÓRIO MÉDICO.

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 de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165874/19

Vítima: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

CPF: 043.533.934-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/07/2018

Titular do CPF: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GERAILTON INACIO FERREIRA : 022.760.334-60

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

CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA : 043.533.934-64

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/05/2019
Nome: GERAULTON INACIO FERREIRA
CPF: 022.760.334-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GERAILTON INACIO FERREIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165874/19

Número do Sinistro: 3190329256

Vítima: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

CPF: 043.533.934-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/07/2018

CLAUDIO MONTEIRO
DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA : 043.533.934-64

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/05/2019
Nome: GERALTON INACIO FERREIRA
CPF: 022.760.334-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GERAILTON INACIO FERREIRA

Marta Marinho dos Santos

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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190329256

Vítima: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 31/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERAULTON INACIO FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190329256 **Vítima: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA**
Data do Acidente: 31/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GERAULTON INACIO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 0000028836-6

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, retorno 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,



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima
043.533.934-64

Nome completo da vítima
Claudiano Monteiro da Silva.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Claudiano Monteiro da Silva	CPF titular da conta 043.533.934-64	Profissão Agricultor
Endereço FZ. novo Horizonte	Número 26	Complemento
Bairro alto novo Horizonte	Estado PE	CEP 55650.000
Email		Telefone (DDD) (81) 9.0941-4162.

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 053	D/V	CONTA NRO. 028836	D/V 6
(Informar dígito se existir)			

ATÉ R\$ 1.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	NRC
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	NRC

21 NOV 2018
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife PE CEP: 5201-1040
Graças - Recife (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Pacarina , 13 de Novembro de 2018
Local e Data

Claudiano Monteiro da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife PE CEP: 5201-1040



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
DP61ºCIRC DINTER1/12ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0151005441

487269
0421573/1

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2018** às **14:06**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 31/7/2018 às 14:04

52363

0165874/19

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PASSIRA, 01 - Bairro: CENTRO - PASSIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE-095**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA JOSÉ MENDES DA PAZ (OUTRO)
CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA (VITIMA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT	DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019	21 NOV 2018
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040	Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA**

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

CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LAURIETE MONTEIRO DE FREITAS SILVA** Pai: **SEVERINO TAVARES DA SILVA** Data de Nascimento: **18/1/1981** Naturalidade: **PASSIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **540142451/SSP/SP (RG), 04353393464 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

MARIA JOSÉ MENDES DA PAZ (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PASSIRA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PASSIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSÉ MENDES DA PAZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: Não
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFV6534** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **527179990** Chassi: **9C2KC1650DR307644**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA SUA MOTO PELA RODOVIA PE-095, DA CIDADE DE LIMOEIRO À PASSIRA, QUANDO EM UMA CURVA PERDEU O CONTROLE DA MOTO E VEIO A CAIR NA PISTA DE ROLAMENTO. UM MOTORISTA QUE PASSAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE, SOCORREU A VITIMA PARA O HOSPITAL NA CIDADE DE PASSIRA, APÓS OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS (OCORRÊNCIA N° 048.109) FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE (ATENDIMENTO N° 005797), APÓS RAIO X FOI CONSTATADO POLIFRATURAS NO MAXILAR E FOI SUBMETIDO AS CIRURGIAS.

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

**CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA
 (VITIMA)**

B.O. registrado por: **LUCIANO SOUZA DA SILVA** - Matrícula: **273596-2**



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 NOV 2018

Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

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

Elvildiano Monteiro da Silva

CPF da Vítima

043.533.934-64

Data do Acidente

31/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

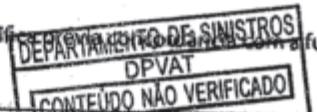
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para obtenção de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 30 (trinta) 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 renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



21 NOV 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Belo Horizonte - MG - CEP: 52011-040

Local e Data

Elvildiano Monteiro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00020579-6

Nome: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

Endereço: LOTEAMENTO NOVO HORIZONTE, N° 26

Cidade: PÁSSARA/PE

Documento: CI54.014.245-1

Mãe: LAURINETE MONTEIRO DE FREITAS SILVA

Profissão:

Últimas Ocorrências

Data

31/07/2018 14:04

Nº Ocorrência
0048109

Bairro: ALTO DA ESPERANÇA

CNS:

Idade: 37 ANOS, 6 MESES E 13 DIAS
Dt. Nasc.: 18/01/1981 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

CEP: 55650000

Nac: BRASIL

Tel.:

Sisprenatal:

Pai: SEVERINO TAVARES DA SILVA

Responsável:

Secretaria de Saúde de Pássara
Vigilância Epidemiológica
Adriana Oliveira

PRE-CONSULTA

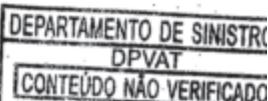
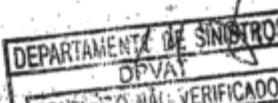
Horário	P.A.		Urgência ()	Não Urgência ()	Emergência ()	Acidente Trabalho ()	Acidente Trânsito ()
			Pulso	Peso	Assinatura		

Queixas / Diagnóstico

PA: 110x90 mmHg - vítima de
 FC: 107
 PR: 18
 Sat. O₂: 97%.
 Vascular aberta, envenetada, coceira
 Histórico de alcoolismo.

Tratamento:

- ① Morfina 1PA + quel 500,9% → fizes 2,5ml
- ② Acetazolamida 800mg ev.
- ③ SVD
- ④ SNG



Exames complementares

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Impressão diagnóstica - Recife/PE CEP: 52011-040

CID

Motivo da saída:

Residência Internado

Justificativa:

Encaminhado:

HR

Removido:

Até:

h ____ m do dia ____

ta saída: 31/07/18

ra saída: 15:10

a da impressão: Terça-feira, 31 de Julho de 2018 às 14:04

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> ADM MEDICAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / GOREN Gomes de Moura Int. e Imagem CID: PE: 69287?
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	

Consultas / Atendimento Médico:	MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input checked="" type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada	

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Recepção: ANA MÁRCIA

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: 06/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 00000028836-6

Nr. da Autenticação 2C28A65D69C8D44A



DADOS DO CLIENTE
GERAILTON INACIO FERREIRA

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOVA TABELA DE PREÇOS PARA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.035.532/0001-06 | Inscrição Estadual: 0000543-63 | www.cefpe.com.br

CPF 022.780.334-60
CLASSIFICAÇÃO
B9 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 01 DE MAIO 222

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
038401433	ÚNICA	22/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTA FISCAL
22/10/2018	2001463789	5234118

CONTA CONTRATO 7004118418 MÊS ANO 10/2018
DATA DE VENCIMENTO 29/10/2018 DATA DE PAGAMENTO 22/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 56,63

Consumo Aperto (W/Vh)
Acritismo Bandeira VERMELHA
Contribuição Pública Municipal
ICMS Subvenção: CDE-NF 028918455-2200/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
57.00000000	0,73098088	41,88
		3,58
		10,71
		0,28

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	DATA	Nº DE LEITURA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	MÉDIA (kWh)
3010000000	CAT	29-09-2018		8.130,00	23-10-2018	8.146,00	30	1.0000	57.00000000	57,00

PERÍODO	VALOR DE REFERÊNCIA	VALOR DE CÁLCULO	VALOR DO MEDIDOR	COMPONENTE DO CONSUMO
OUT10	62	IONIC	45,83	10,35
SET10	45	FIS	25,00	1,00
AGO10	65	DOPING	61,23	-0,21
SET10	48		61,23	-0,21
JUN10	45		59,07	-2,65
MAR10	51		57,80	-2,87
ABR10	55		57,80	-1,00
MAY10	77		57,80	-1,00
JUN10	57		57,80	-1,00
JUL10	56		57,80	-1,00
DEC10	75		57,80	-1,00
NOV10	72		57,80	-1,00
DEZ10	68		57,80	-1,00

B121 B150,15AD,1442 R161 C580,235B,58B4

INFORMES DE CONSUMO E PREÇOS

Peço que me informe da forma mais rápida e eficiente se é possível o envio da Tabela de Preços para o meu endereço. Obrigado.

Pagaria um valor para mim? Obrigado.

Peço que me informe da forma mais rápida e eficiente se é possível o envio da Tabela de Preços para o meu endereço. Obrigado.

Peço que me informe da forma mais rápida e eficiente se é possível o envio da Tabela de Preços para o meu endereço. Obrigado.



ATENDIMENTO DE SINISTRO - INFORME QUE VOCÊ POSSUI SOBRE AS UNIDADES					
PERÍODO: 27/08/18 à 20/10/18 ESTADO: CEARÁ CIDADE: CRISTALINA					
PERÍODO		VALOR APENAS DIFERENCIADO		LIMITE MENSAL	
08/09/18	08/09/18	0,00	5,00	11,62	22,84
09/09/18	09/09/18	0,00	3,50	8,72	13,46
10/09/18	10/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
11/09/18	11/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
12/09/18	12/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
13/09/18	13/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
14/09/18	14/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
15/09/18	15/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
16/09/18	16/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
17/09/18	17/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
18/09/18	18/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
19/09/18	19/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
20/09/18	20/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
21/09/18	21/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
22/09/18	22/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
23/09/18	23/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
24/09/18	24/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
25/09/18	25/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
26/09/18	26/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
27/09/18	27/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
28/09/18	28/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
29/09/18	29/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
30/09/18	30/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
31/09/18	31/09/18	0,00	3,00	6,00	0,00
01/10/18	01/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
02/10/18	02/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
03/10/18	03/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
04/10/18	04/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
05/10/18	05/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
06/10/18	06/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
07/10/18	07/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
08/10/18	08/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
09/10/18	09/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
10/10/18	10/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
11/10/18	11/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
12/10/18	12/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
13/10/18	13/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
14/10/18	14/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
15/10/18	15/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
16/10/18	16/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
17/10/18	17/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
18/10/18	18/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
19/10/18	19/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
20/10/18	20/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
21/10/18	21/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
22/10/18	22/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
23/10/18	23/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
24/10/18	24/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
25/10/18	25/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
26/10/18	26/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
27/10/18	27/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
28/10/18	28/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
29/10/18	29/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
30/10/18	30/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
31/10/18	31/10/18	0,00	3,00	6,00	0,00
01/11/18	01/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
02/11/18	02/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
03/11/18	03/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
04/11/18	04/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
05/11/18	05/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
06/11/18	06/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
07/11/18	07/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
08/11/18	08/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
09/11/18	09/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
10/11/18	10/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
11/11/18	11/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
12/11/18	12/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
13/11/18	13/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
14/11/18	14/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
15/11/18	15/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
16/11/18	16/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
17/11/18	17/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
18/11/18	18/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
19/11/18	19/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
20/11/18	20/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
21/11/18	21/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
22/11/18	22/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
23/11/18	23/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
24/11/18	24/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
25/11/18	25/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
26/11/18	26/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
27/11/18	27/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
28/11/18	28/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
29/11/18	29/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
30/11/18	30/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
31/11/18	31/11/18	0,00	3,00	6,00	0,00
01/12/18	01/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
02/12/18	02/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
03/12/18	03/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
04/12/18	04/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
05/12/18	05/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
06/12/18	06/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
07/12/18	07/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
08/12/18	08/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
09/12/18	09/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
10/12/18	10/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
11/12/18	11/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
12/12/18	12/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
13/12/18	13/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
14/12/18	14/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
15/12/18	15/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
16/12/18	16/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
17/12/18	17/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
18/12/18	18/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
19/12/18	19/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
20/12/18	20/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
21/12/18	21/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
22/12/18	22/12/18	0,00	3,00	6,00	0,00
23/12/18</td					



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02
CONTAS FISCAIS | **FATURAS** | **CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA**
 Companhia Energética do Pernambuco
 Av. José de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50009-000
 CNPJ 00.835.932/0001-01 | Inscrição Estadual: 000560-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JANICE DE BEZERRA DA SILVA.

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

FZ NOVO HORIZONTE 26

CPF: 409 709 596-10 NIS: 16224794329

PASSEIRA/PASSIRA

CLASSIFICAÇÃO

PASSEIRA/PE

55650-000

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMNS

CONTAS CONTRATO

MÊS/ANO

70056928234

03/2019

DATA DE VENCIMENTO

29/03/2018

DATA DE PAGAMENTO

22/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

22,24

Nº DA NOTA FISCAL

Nº DO FOLHETO

EMBARQUE

055-95500

UNICA

7/03/2018

REPRESENTAÇÃO

2/03/2018

Nº DO CLIENTE

5263348

Nº DA INSCRIÇÃO FISCAL

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702

2011025702



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Geralton Inácio Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.760.334-60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Claudiano Monteiro da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.533.934-64, do sinistro de DPVAT cobertura in Validez, da Vítima Cláudiano Monteiro de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.533.934-64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos de comprovação de que o conteúdo da declaração é verdadeiro.

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 S/A, 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	Número	Complemento
Rua 1º de maio	222	
Bairro	Estado	CEP
Centro	(PE)	55650.000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
GeraltonInacio@gmail.com	(081) 9-9941-1162	

Local e Data



Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria José mendes da Paz

RG nº 7.392.535, data de expedição 26/08/2003

Órgão SADS/PE, portador do CPF nº 067.559.314-03, com

domicílio na cidade de Passira, no Estado de

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

Sítio Antas, nº 5/N,

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Claudiano monteiro da Silve cujo o condutor era

Claudiano monteiro da Silve.

Veículo: motocicleta

Modelo: 2013

Ano: 2013

Placa: PFV 6534

Chassi: 9C2KC1650DR307644

Data do Acidente: 31/07/2018

Local e Data: Passira, 08/08/2018

Maria José mendes da Paz

Assinatura do Declarante

Cartório Único
de Passira-PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 NOV 2018
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

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

Maria Aparecida de M Padilha Bezerra
Titular

CARTÓRIO ÚNICO DE IMÓVEIS DA COMARCA DE PASSIRA - PE

TERCEIRO, MARIA APARECIDA DE MORAIS PADILHA BEZERRA, SUBSTITUTA, ARES DE MORAIS PADILHA BEZERRA | Rua da Boa Vista, 112, Centro - Passira/PE - Cep: 52.000-000 - (81) 3222-1111

Declaro, por autenticação da firma de MARIA JOSÉ MENDES DA PAZ, que o acidente ocorreu no dia 31/07/2018, às 14:24:35, em testemunho da verdade.

MARIA APARECIDA DE MORAIS PADILHA BEZERRA - TABELÍA ECOL. RE 3.59, TSNR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40 Total: R\$ 4,20. Selo Digital: 0075036-XZP07201801 00906 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5, Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Ficha de Atendimento

Número do Registro

1005797

Data e Hora de Atendimento:
31/07/2018 16:49

Local de Entrada: **EMERGENCIA GERAL**
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: **1642573** Paciente: **CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA**

Data de nascimento: **18/01/1981** Idade: **37a 6m 11d**

Sexo: **MASCULINO**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Profissão:

Acompanhante: **JANCLEIDE BEZERRA**

DOC ID / Data expedição
540142451 / 09-Jan-10

Mãe: **LAURINETE MONTEIRO DE FREITAS SILVA**

Cartão SUS: **701408605981236**

Pai: **SEVERINO TAVARES DA SILVA**

Endereço: **LOTEAMENTO NOVO HORIZONTE**

Número **26**

Bairro: **CENTRO**
End: **PASSIRA**

Complemento:

UF: **PE** Telefone:

Ocorrências:

Not 31/07/2018

NEPI att

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço:

Providências: Alta Caso Social

Encaminhamentos: Rede de Apoio GPCA Cons.Tutelar Delegacias Minist. Públ

Outros

Observação:

Assistente Social

História Clínica:

Paciente com história de antecedente metacônditico since
relacionado seu tempo de origem fratura de mandíbula.
Apresentou seu transporte os episódios em que
nesta sessão começou a apresentar dor abdominal.

ao chegar

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
DPVAT	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	

17 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa Recife / PE CEP: 52011-040

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim Não Sofreu Queda: Sim Não Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pélvica: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp:

incha dor cervical

B: Respiratório

nu(+) em AER STATA

C: Circulatório

PA: X mm

Pulso:

bpm

RR em 25 BPM e P pulsos rítmicos e simétricos

22 9h 13

36 9 18

EN: 111

PAULO FRIAS.

Exame Neurológico	Deficiência motora:	MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas:	Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motoria	
Score: A	Escore: 6	Hora: 10:00	Escore: 6	Hora: 10:00

Exposição/Abdômen:

Abdome flácido, doloroso em flancos lateralmente e em P/D sem sinal de irritação peritoneal.
Broncações na face MSS e MMST.

Diagnóstico Inicial:

Batrismo

Cod. Procedimento

Conduta:

- 1) Rx de crânio e coluna cervical e face e abdome e contínua
- 2) Rx de tórax e pelve, caviga, apenas tórax.
- 3) Av da NCP / BMF

João Paulo S. de Siqueira
Médico
CRM-PE 24.127

Solução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

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

ernado na Clínica:

Transferido para:

orização para Alta / Internamento / Transferência:

Dado: _____ CRM: _____ Data: 04/07/18 Hora: 09:00

Termo de responsabilidade para Internamento:

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

Nome completo legível: _____

da identidade: _____

Assinatura: _____

Condição de Alta:

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Óbito

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho ciência das consequências que este ato possam advir.

Nome completo legível: _____

da identidade: _____

Assinatura: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

Centro Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Data e Hora Impressão: 31-Jul-18

19:40 - # Traumatology
Retorno da acident motociclista contendo dor no polem e TNZ D
do seu corret optico sentido oposto escoriação no pi D + dor na pi TNZ D
Pele + ferida no seu pi, no intocar da pele dor intensa
CD. ① Jolobat R de TNZ D + polem
② Realizar oper.

JOSÉ DIAS
27073

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

31/07/2018 16:44



Nome Paciente: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: U0031
Convênio:
Atendimento:

31/07/2018 16:43 - MARIA DE FATIMA BARBOSA - COREN: 110698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Sintoma Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM CAPACETE HÁ 2 HORAS. NÃO HÁ INFORMAÇÃO DE DESMAIO, HÁ RELATO DE VÔMITO EM BORRA DE CAFÉ. APRESENTA FRATURA DE MANDIBULA BILATERAL

Observação: SENHA 5480972

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM FACE

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: BUCOMAXILOFACIAL

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - TEMPERATURA(C): 36.00 °C
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

11/07
00:00
Traumatologo
- Exame radiografico, exames de imagem dolorosa em molar
total (D).
UD: (D) fratura fechado de molar total (D)?
(D) entor de tomografia (D)?

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 8
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

B.M.F.

co. (D) fract se bloco unga por i unges d
(D) fala hata em MID + unges d unges d
(D) comprometente com Traumatologo
(D) dolorido por fract de PRS

JOSÉ 0013
24043
+ DR. REMATO PRES

Acolhido(a) por: MARIA DE FATIMA BARBOSA
Data: 31/07/2018 16:44



PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSIRA
Secretaria de Saúde

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO



GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Unidade de Saúde U.M.N.S.C.	Município Passina
Nome do Paciente Claudiano Monteiro da Silva	Senha 54 80.972
Endereço do Paciente Passina	Destino HR
Hipótese Diagnóstica Paciente vítima de acidente motoriônico há cerca de 1h. Encontra-se com queimaduras quântidas classe IV 15%. Ao exame físico apresenta edema bilateral da mandíbula exoriente pelo corpo. Já no PS apresentou bônus em dor de cintil (1 episódio de escande volume).	
Conduta Encaminhamento ao HR, Avaliação da mobilidade das articulações	
Observação PA: 110x80 mmHg Sat O ₂ : 99% aa FC: 98 bpm PR: 16 IR/M	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO </div> <p>17 MAI 2019</p> <p>Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715, Loja 5 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040</p>
Hora de Saída	
Confirma Transferência	

Ass. / Carimbo Médico

Ass. / Carimbo Enf. Chefe

14.50h.

W. J. Wilson Moura
U.S. NAVY
CPT. M.C.
a

31/04/18

#CG#

20h

Paciente vítima de acidente de metrô.
Sem queixas no momento.

AO exame: EG regular, eupneico, corado, bem perfundido.

ACV RCR 2T, BNF.

AR: MV + AHT, sIRA

Abdome flácido, indolor. Pélvis estável

Edema de face.

Lx torax: ausência de hemol/pneumotórax ou fraturas.

Conduta: ① Alta da CG

② à BMF.

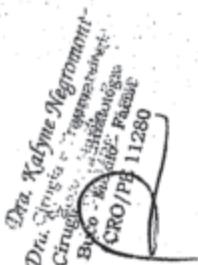
Maria Cecília Oliveira
Médica
CRMPE 24546

CT-BMF
1-04-18
21:00

Paciente vítima de acidente motoaceléstico.
Visto consciente, orientado, eupneico, somocoradí, SVD, SNE, EGreg.
Ao exame: apresenta mobilidade em maxilar, malo clínico; ferimento extenso na face não suturado; escoriações difusas na face.

TC de face sugere fractura de maxila ①, corpo mandibular ② e esarcínese mandibular ③.

CD: paciente cirúrgico de urgência
acomp. BNF





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

claudino Monteiro

1005494

EVOLUÇÃO CLÍNICA

CT-BMF

* Nota de Selo *

01-08-18

Paciente submetido à cirurgia sob anestesia geral para resecção e fixação de fratura complexa de mandíbula.

00:30

A cirurgia ocorreu com o profissional e seu auxiliar

Karen Negromonte
Cirurgia e Traumatologia
Butantã - São Paulo
CRM/PB 11280

01/08/18 Paciente em RAI de luxo e fixação de fratura complexa de mandíbula. Conscious e amnioto, consumo fáraco, hipotensão, hipoxemia se constatou. AP c/ 160; Sime-
n e clínica sem evi. Sint. acut. ou agud. ou crônico. Sint. de dor, sens. ou erupç.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

197 MAI 2019

03/08/18

+ Tíquete +

01/08

Paciente vítima de acidente de trânsito. Perdeu o tempo O faleceu na hora. Foi feita a tópica e se tem: domojo de coluna e braço. Ponto de drenagem.

Gente Seguradora SIA
Av. Rio Barbosa, 715 Loja 5
Bela Vista / PE CEP: 52011-040

PO: - Andressa

- Alm. da Oliveira

Thiago Carvalho de Lacerda
2º TEN. MARINHO
CRM-PB 16222
OT: 0705116222



NOME: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1642573

DATA/HORA: 03/08/2018 09:46

SEXO: Masculino

ATENDIMENTO: 1006835

DATA NASC: 18/01/1981

Lelto 604-L3

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 03/08/2018

Hora: 09:29

#TRAUMATOLOGIA#

HD: FRATURA FECHADA DE TNZ D ?? / ENTORSE DE TNZ D

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO , APRESENTANDO DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO + DOR EM PELVE, INTERNADO COM SUSPEITA DE FRATURA FECHADA DE TNZ DIREITO. O EXAME: MELHORA DA DOR E DIMINUIÇÃO DO EDEMA EM TORNOZELO. PACIENTE JÁ DEAMBULA SEM QUEIXAS. CHECO NOVAS RADIOGRAFIAS QUE DESCARTAM FRATURAS DE BACIA E TORNOZELO DIREITO.

ADM PRESERVADA. NEUROVASCULAR PRESERVADO.

CD: ANALGESIA/ ALTA DA ORTOPEDIA/ ACOMPANHAMENTO COM CBMF

Inácio Carvalho de Lacerda
2º TEN. MÉDICO
CRM-PB 10084
ISI: 070514727-0





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Cláudino Monteiro da Silveira

SR / Maca 03

1642573

EVOLUÇÃO CLÍNICA

03/08/2018. # SRPA #.

04h30

RD (1) FDI de Padiap, Fracap da maxila com
friso da mandíbula e 1/3 médio da face.
Osteoplastia de mandíbula bilateral

Paciente admitido hemodinamicamente estável, extubado,
vigil, em ventilacap espontânea sob ar ambiente. No momen
to, xm queixas

Aldrete - Kinclik = 10.

CD: (1) alta da SRPA
(2) (a) cuidados da CBMF

Dra. Marcella S. Pacheco
Médica
CRM-PE 22831

SFPA

Poss de reduçao cirúrgica da Fratura da
mandibula, AVP M/SF d hidrataçao
Cosciente orientada, Tupper co. Satis

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040



EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

1005797

604/03

DATA: 03/08/2018 09H57MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, SOB SVD. EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA EDEMA E ESCORIAÇÕES DIFUSAS EM FACE, SUTURA EXTRA ORAL MANTIDA, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA, OPN E MAXILARES HÍGISOA AO TOQUE, BARRA DE ERICH SUPERIOR E INFERIOR INSTALADAS, OCLUSÃO ESTÁVEL. SUTURA INTRA-ORAL REFERENTE A ACESSO CIRÚRGICO MANTIDA

TC DE FACE: FRATURA DE MAXILA (D), CORPO MANDIBULAR (D) E PARASSÍNFISE (E)

CIRURGIA REALIZADA DIA 31/07/18 POR DR LAUREANO, DRA KALYNE, DR MATHEUS E DR CAIO POR ACESSO VESTIBULAR MANDIBULAR BILATERAL, REDUÇÃO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA COM INSTALAÇÃO DE 02 PLACAS 2.0 MM EM PARASSÍNFISE MANDIBULAR (E) + 01 PLACA 2.0 MM EM CORPO MANDIBULAR (D) E INSTALAÇÃO DE BARRA DE ERICH SUPERIOR E INFERIOR.

CD:

SOLICITO RX PA DE FACE

REMOVO SVD

REMOVO MENTONEIRA

ORIENTO HO E HP

Jr. Rosa Lins
Residente em Cirurgia e
Traumatologia Bucal Maxilo Facial HRAPE
CRM PE 12454



EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA	1005797	604/03
-----------------------------	---------	--------

DATA: 04/08/2018 09H57MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, SOB SVD. EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA EDEMA E ESCORIAÇÕES DIFUSAS EM FACE, SUTURA EXTRA-ORAL MANTIDA, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA, OPN E MAXILARES HÍGISOA AO TOQUE, BARRA DE ERICH SUPERIOR E INFERIOR INSTALADAS, OCCLUSÃO ESTÁVEL. SUTURA INTRA-ORAL REFERENTE A ACESSO CIRÚRGICO MANTIDA

TC DE FACE: FRATURA DE MAXILA (D), CORPO MANDIBULAR (D) E PARASSÍNFISE (E)

CIRURGIA REALIZADA DIA 31/07/18 POR DR LAUREANO, DRA KALYNE, DR MATHEUS E DR CAIO POR ACESSO VESTIBULAR MANDIBULAR BILATERAL, REDUÇÃO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA COM INSTALAÇÃO DE 02 PLACAS 2.0 MM EM PARASSÍNFISE MANDIBULAR (E) + 01 PLACA 2.0 MM EM CORPO MANDIBULAR (D) E INSTALAÇÃO DE BARRA DE ERICH SUPERIOR E INFERIOR.

04-08-18

G. Jucel

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

CD:

ALTA BMF

AO AMBULATORIO BMF DO HUOC

PREScrição + ORIENTAÇõES PARA CASA

Dra. ROSA LINS
Traumatologista e em Cirurgia
CPO-BMFR
Zona Sul Recife

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Caudiano Monteiro da Silva Nº do Registro : 1005494

Clinica : BHF Nº do Leito :

Operador : Dr. Laureano

1º Assistente : Dra. Valyne 2º Assistente : Dr. Matheus e Dr. Cai

Instrumentador : - Anestesista : Dr. Nelson

Anestesia : Geral Duração :

Data da Operação : 31-04-18 Início : Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : Fratura complexa de mandíbula bilateral + Fratura complexa de terço médio da face + Ferimento extenso na face

Diagnóstico Pós-Operatório : O mesmo

Operação Proposta : Redução e fixação de fratura complexa de mandíbula bilateral + Redução de terço médio da face + sutura de ferimento extenso na face + osteoplastia da mandíbula bilateral

Operação Realizada : O mesmo

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Prof. Laureano Filho
Cirurgia Traumatológica
Belo Horizonte
CRO/FJU 0199

Dra. Valyne Negroni/
Cirurgia Traumatológica
Belo Horizonte
CRO/FJU 1260

- ①- paciente sob NDN
- ②- Assepsia e antisepse no campo operatório
- ③- Aferição dos pauperes
- ④- Instalação de TOF
- ⑤- Inspeção da face com orientação local contendo vasodilatador
- ⑥- Acentuada mandibular bilateral
- ⑦- Redução e fixação de fratura complexa de mandíbula bilateral com instalação de 02 peças 2.0mm em parafina e mandibula
- ⑧- + 01 peças 2.0mm em suporte mandibular
- ⑨- Osteoplastia de mandíbula bilateral
- ⑩- Redução de fratura complexa de terço médio da face com imobilização de barra de trich
- ⑪- Sutura de ferimento extenso na face
- ⑫- Sutura por plásticos expressa com nito
- ⑬- Remoção dos pauperes

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Cláudino M. da Silva
IDADE: 33 anos

REGISTRO: 169953

SEXO: M() F()

SETOR DE PROCEDÊNCIA: Emergência Geral

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGÃO: DR Lourival

ANESTESISTA: Nelson

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ENFERMEIRA:

Monteiro

INSTRUMENTADOR:

CIRCULANTE: Volânia

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: BAL

INÍCIO: 23'00

TERMINO: 01'00

TIPO DE ANESTESIA: Geral

INÍCIO: 91'30

TERMINO: 01'20

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () SONOLENTO () SEGUIDO () INCONSCIENTE ()

REPRAÇÃO: ESPONTÂNEA () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDIACA _____ PULSO _____ PA _____

PELE: INTEGRA () LESIONADA () DIURESE: ESPONTÂNEA () SONDA () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA () PERTENÇENCIAS: _____

PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRE-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SITIO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSIÇÃO ROWLEY () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLOGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO () LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: M1-P3

CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: 10 FINAL: 10 CONTROLE DE PERFURAS: FIO AGULHADO: INÍCIO: _____ FIM: _____

ANTIBIOTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO () QUAL: _____ HORA: _____ PREENCHIDA COTA: SIM () NÃO ()

GARROTEAMENTO: SIM () NÃO () TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: _____ FINAL: _____

CONTAGEM DE INSTRUMENTOS: _____ CONFERIDO POR: _____ HORA: _____

CIRURGIA: _____

2-DADOS DA CIRURGIA

5-EQUIPAMENTOS MATERIAIS

MONITOR () OXIMETRO () CAPNOGRAFO () PNI () ASPIRADOR MONTADO () MANTA () DEPARTAMENTO DE SAMBROS () VIDEO () TORPEDO DE NITROGENIO () TORPEDO DE CO₂ () BISTURI ELÉTRICO () MICOSCOPIO () CHAMRONDI VINTEN () ESTIMULADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERM () CORRIDO () BISTURI ULTRASSÔNICO () INSTRUMENTOS CONSEGUNIDOS: SIM () NÃO ()

17 MAI 2019

Gente Seguradora SIA

AV. Rui Barbosa, 715 Loja 5
MATERIAL: PE CEP: 50611-040

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM () NÃO () NOME DA PEÇA: _____

SOLUÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: _____

CULTURA: SIM () NÃO () EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () GASOMETRIA: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()

CONTAGEM DE COMPRESSAS: _____

ANTIBIOTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO ()

ALERGIA: _____



Ortomédica
COMERCIO ORTOPEDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

R. 1642573

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA (RQ-06)

No. 53651

1º Via Fixa

Hospital Restauração

Convênio: SUS

Cidade: Ribeirão Preto

Nome do Paciente: Cláudiano Monteiro da Silva Data da Cirurgia: 31/07/18

Médico: Dr. Lourenço

Membro Operado: E 55 C

PARAFUSOS CORTICais	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS CANULADOS	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1005797/2018.

NOME: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA.

Foi atendido às 16h49 do dia 31.07.2018.

Diagnóstico provável: Fratura da maxila direita
- CONPO MANDIBULAR DIREITO E RENASCENTE
- Fratura composta de mandíbula direita
- Fraturado Extremo da Face.

Tratamento realizado:

TAC DA FACE

CAMIGRA DA FRATURA DE FUM
BILATERAL + SUTURA FICRINATO
OSTEOPLASTIA DA MANDÍBULA

ANATOGEST + PRONATI

Obs. Alexis Rossi TALAGUE Em 04-08
7-09-00

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do P Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

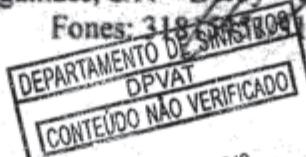
Cópia de Prontuário Médico em 25-01-2019

ES - Hospital da Restauração

Dr. Gilberto Wanderley Lima
 Gerente Médico do SAME
 CRM: 1632

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para:
 ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL VERIFICADO
 Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP: 52.010-040

Fones: 3186-1888 / 8155572



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

VERIFICADO

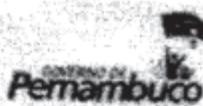
04 FFV 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



ASL-0421573/18
juliana.luna.0007
17/05/2019 09:53:13

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1642573	ATENDIMENTO: 01006835
DATA DE NASCIMENTO: 18/01/1991	FOI ATENDIDO EM: 01/05/2018 às 09:46	DATA DA ALTA: 03/08/2018 às 09:46

Diagnóstico Provável:

CONTUSÃO + ESCORIAÇÕES DE TORNozELO DIREITO

Tratamento Realizado:

ANALGÉSICO + CURATIVO

Observação:

**ALTA DA ORTOPEDIA
ACOMPANHAMENTO COM CBMF**

Encaminhado para:

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM: Nº.10676

Recife, 03, AGOSTO ,2018

ATENÇÃO:

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



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00020579-6

Nome: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

Endereço: LOTEAMENTO NOVO HORIZÔNTE, N° 26

Cidade: PÁSSIRA/PE

Documento: CI54.014.245-1

Mãe: LAURINETE MONTEIRO DE FREITAS SILVA

Profissão:

Bairro: ALTO DA ESPERANÇA

CNS:

Idade: 37 ANOS, 6 MESES E 13 DIAS
Dt. Nasc.: 18/01/1981 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO
CEP: 55650000 Nac: BRASIL

Sisprenatal:

Pai: SEVERINO TAVARES DA SILVA

Responsável:

Tel.:

Secretaria de Saúde de Pássira
Vigilância Epidemiológica
Adriana Oliveira

Últimas Ocorrências

Data

31/07/2018 14:04

Nº Ocorrência
0048109Motivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário

P.A.

Pulso

Peso

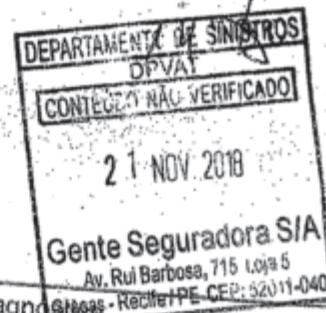
Assinatura

Queixas / Diagnóstico

PA: 110x90 batimentos. Urticaria de
 FC: 107 acidente
 PR: 18 malocôlestico
 sat. O₂: 97%. Ibot cerca de 1L.
 Urticaria, exantema, coceira
 suspeita de alergia.

Tratamento

- ① Morfina 1PA + gaf 500,9% → fizes 2,5ml
- ② Acuprofol 800mg ev 14
- ③ SVD
- ④ SNG



Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência Internado

Justificativa:

Encaminhado:

H.R

Removido:

Dito:

h ____ m do dia ____

Data saída: 31/07/18

Hora saída: 15:10

A data da impressão: Terça-feira, 31 de Julho de 2018 às 14:04

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> ADM MEDICAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / GOREN Gomes de Moura Tec. de Imagem COR: PE: 692897
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	MÉDICO / CRM
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input checked="" type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
DEPARTAMENTO DE SINISTROS TECVAT CONTENDO NÃO VERIFICADO		
17 MAI 2019		
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Recife/PE CEP: 52011-040		
Graciosa - PE		
HORÁRIO:		
HORÁRIO:		

Recepção: ANA MÁRCIA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1005797

Nome: Claudio Monteiro da Silveira

Foi atendido às 16:49 hs. do dia 31/07/18

Diagnóstico Próvel: Paciente vítima de acidente ciclístico envolvendo motocicleta e bicicleta no local. Fratura aberta maxilar (1) e mandíbula (1)

CID: S02.9 e S02.6

*Neonite de 30 dias de reparo

Treatment Realizado: Cirurgia realizada dia 31/07/18 por Dr. Laureano, Dr. Felipe, Dr. Matheus e Dr. Léo por acne estibular mandibular bilateral para instalação de 2 placas de 2.0 mm com periosstifix (1) + os planos de 2.0 mm em corpo mandibular (1) + instalação de Bonn de Erich + BMF (01/08/18)

Observação: Reterar ao ambulatório Geral do HR/BC, quinto-fino, às 13:00hs. Salas D15 ou D14.

Cópia de: Reterar ao ambulatório HR/BMF, dia 09/09/18 para

Alta BMF
04/08/18

Dr. Rosalba Ins.

Residente em Cirurgia

Traumatologia Fisio/Medicina do Trabalho/HOPE

CRM 02054 CRM N°

ACENTO ENCIPIENTE
09/09/18 para
Retorno Bonn
de Erich + BMF

ATENÇÃO: Este documento destina-se à perícia de atendimento hospitalar ou ambulatório para INSS, Empresas, Fábricas, Associação de Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo o recebimento do Trabalho, Continuidade do do Estado de Pernambuco.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DATA:
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 NOV 2018

Cód. 0157

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

17 MAI 2019
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

