

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647846 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO EVERTON DA SILVA **Data do acidente:** 19/08/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.
DANTAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.14_CIRURGIA
PÁG.10 EXAME DE IMAGEM

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407651/19

Vítima: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

CPF: 088.059.824-74

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 19/08/2019

Titular do CPF: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

CPF de: Próprio

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS : 088.059.824-74

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: 20/11/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Josyelli de Oliveira Cabral

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647846

Vítima: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647846

Vítima: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

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 tornozelo 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: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000976

Conta: 0000014440-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

088.059.824-74

4 - Nome completo da vítima:

THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

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

5 - Nome completo:

THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

6 - CPF:

088.059.824-74

7 - Profissão:

NAO POSSUI

8 - Endereço:

RUA SEVERINO GOMES DE FREITAS

9 - Número:

37

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SANTO ANTONIO

12 - Cidade:

CARPINA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55816-240

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81)99253-2981

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0976

CONTA: 14440

0

(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.

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

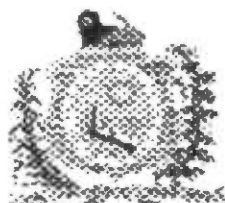
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CARPINA 19/11/2019

Thiago Everton da Silva Dantas
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ªCIRC DINTER1/1ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0137001996

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/09/2019 às
18:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 19/8/2019 às 14:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, AV. SANTA CRUZ -**
Bairro: **CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
PATRÍCIA TERESA DA SILVA (OUTRO)
THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: EDINALVA CORREIA DA SILVA Pai: ZENILDO LIRA DANTAS Data de
Nascimento: 26/4/1989 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7704463/SDS/PE (RG), 08205982474 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU
COMPLETO Profissão: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO Telefones Celulares:
- 985948778

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 37, RUA SEVERINO GOMES DE FREITAS -**
CEP: 9 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

PATRÍCIA TERESA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): PATRÍCIA TERESA DA SILVA,

que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

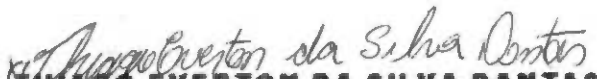
Placa: **PD84439** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD6816KR100001**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **ALCO/GASOL**

MOTONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em
posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:
Não
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS, QUE NO DIA 19.08.2019 CONDUZIA SUA MOTOCICLETA DE PLACA PD8-4439 NA VIA EM TELA, QUANDO UM DESCONHECIDO EM UMA MOTONETA VINHA EM ALTA VELOCIDADE EM SUA DIREÇÃO E, PARA EVITAR A COLISÃO ACABOU FREANDO BRUSCAMENTE, PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAINDO AO CHÃO. A VÍTIMA INFORMA AINDA, QUE FOI SOCORRIDO POR SEU CUNHADO PARA UNIDADE MISTA DO MUNICÍPIO ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO, SENDO LIBERADO. PORÉM A VÍTIMA ALEGA QUE VOLTOU A SENTIR MUITAS DORES, ENTÃO PROCUROU ATENDIMENTO NO HOSPITAL FERNANDO SALSA EM LIMOEIRO, ONDE FORA CONSTATADA UMA FATURA NO TORNOZELO DIREITO. TENDO DIAS DEPOIS REALIZADO CIRURGIA NO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR EM RECIFE.

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


THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS
(VITIMA)


B.O. registrado por: **JOSE RICARDO RAMOS DE ANDRADE** - Matrícula: **319717-4**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

088.059.824-74

4 - Nome completo da vítima:

THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

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

5 - Nome completo:

THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

6 - CPF:

088.059.824-74

7 - Profissão:

NAO POSSUI

8 - Endereço:

RUA SEVERINO GOMES DE FREITAS

9 - Número:

37

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SANTO ANTONIO

12 - Cidade:

CARPINA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55816-240

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81)99253-2981

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0976

CONTA: 14440

0

(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.

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CARPINA 19/11/2019

Thiago Everton da Silva Dantas
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0049378

Prontuário: 00030999-0

Idade: 30 ANOS, 3 MESES E 24 DIAS

Nome: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

Dt. Nasc.: 26/04/1989 Sexo: M Est. Civil: CASADO

Endereço: RUA: SEVERINO GOMES DE FREITAS, Nº 37

CEP:

Cidade: CARPINA/PE

Bairro: TRES MARIAS

Nac: BRASIL

Documento:

CNS:

Sisprenatal:

Tel.:

Mãe: EDINALVA CORREIA DA SILVA

Pai: ZENILDO LIRA DANTAS

Profissão: MOTOTAXISTA

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
19/08/2019 14:03	0049378	QUEDA

PRE-CONSULTA

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

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Parte de frente e
costa de trauma re.
M.I.D.

Tratamento

Parte de frente e
costa de trauma re.
M.I.D.

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Segunda-feira, 19 de Agosto de 2019 às 14:03

Recepcionista: ELIZAB. AUGUSTO

☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO		ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO		TÉCNICO / COREN MÉDICO / CRM HORÁRIO:
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ observação básica		☐ urgência especializada ☐ observação especializada		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO		HORÁRIO	

C14:45)

Pcte utine de credite de unoto, con de utine
en bonozelo dunto

Ra usual -

- CD:
- ① Veltamín OIFA 1M
 - ② Picardom OIFA 1M
 - ③ Diplome OIFA 1M

Te César
C. 27.800

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: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00976

CONTA: 000000014440-0

Nr. da Autenticação 639ACE46AFD9ACF8

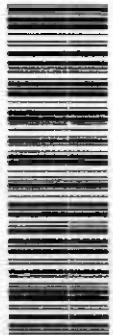
ATENDIMENTO: RUA HERCULANO BANDEIRA MUH. - 00053 - SENZALA
CARPINA PE 55818-595

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 6129625 Ago/2019																																				
PATRICIA TERESA DA SILVA R SEVERINO GOMES DE FREITAS, N. 00037 - SANTO ANTONIO CARPINA PE 55816-240 INSCRIÇÃO: 040.160.590.0098.000 GRUPO: S DEB. AUTOMATICO: 006129625																																						
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA																																			
HIDRÔMETRO A12U029302	DATA LEIT. ANTERIOR 31/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD																																			
ÁGUA: LEIT ANT: 527 CONSUMO: 10 LEIT ATU: TAXA MINIMA LEIT FAT: 537																																						
HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PARAMETROS</th> <th colspan="3">NUMERO DE AMOSTRAS</th> </tr> <tr> <th>EXIG. POINT. HS 2.914.11</th> <th>ANALISES REALIZ.</th> <th>ATENDEN A LEGIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>07/2019 09</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>06/2019 15</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>05/2019 08</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>04/2019 08</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>03/2019 10</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>02/2019 07</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>MEDIA: 10</td> <td colspan="3">Qualidade de Água: www.compesa.com.br</td> </tr> </tbody> </table>		PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS			EXIG. POINT. HS 2.914.11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS	07/2019 09	60	60	36	06/2019 15	60	60	27	05/2019 08	60	60	60	04/2019 08	60	60	60	03/2019 10	60	60	60	02/2019 07	60	60	60	MEDIA: 10	Qualidade de Água: www.compesa.com.br		
PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS																																					
	EXIG. POINT. HS 2.914.11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS																																			
07/2019 09	60	60	36																																			
06/2019 15	60	60	27																																			
05/2019 08	60	60	60																																			
04/2019 08	60	60	60																																			
03/2019 10	60	60	60																																			
02/2019 07	60	60	60																																			
MEDIA: 10	Qualidade de Água: www.compesa.com.br																																					
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA																																						
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)																																			
ÁGUA																																						
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																						
CONSUMO DE ÁGUA		10 x 3	44,08																																			
Multa P/IMPONTUALIDADE 07/2019			0,82																																			
JUROS DE MORA 06/2019			0,21																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PIS</td> <td>44,08</td> </tr> <tr> <td>COFINS</td> <td>44,08</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1,65</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7,60</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0,73</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3,35</td> </tr> </tbody> </table>		VALOR DO IMPOSTO		PIS	44,08	COFINS	44,08		1,65		7,60		0,73		3,35																							
VALOR DO IMPOSTO																																						
PIS	44,08																																					
COFINS	44,08																																					
	1,65																																					
	7,60																																					
	0,73																																					
	3,35																																					

VENCIMENTO: 15/09/2019

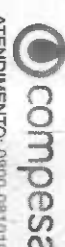
TOTAL A PAGAR: 45,11

MENSAGEM:



82860000000-6 45110018040-0 00

VENCIMENTO: 15/09/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810155
VAZAMENTOS: 0800-0810155

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34 NIS: 12523181675

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO PRIMAVERA 5 -PR -
PRIMAVERA/PAUDALHO
55825-000 PAUDALHO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

26/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

19/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

19/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

073947911

CONTA CONTRATO

007026223177

Nº DO CLIENTE
2015924566

Nº DA INSTALAÇÃO
0006468346

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

65B8.07F4.0499.0AE8.480A.F9C2.CFDC.CA99

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32784015	22,94
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	18,00	0,49176022	8,85
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,41
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,67
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,12
Multa por atraso-NF 066297580 - 17/06/19			0,79
Juros por atraso-NF 066297580 - 17/06/19			0,38
Atualização IGPM-NF 066297580 - 17/06/19			0,35
TOTAL DA FATURA			53,24

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	39,60	0,74	0,29	39,60	3,42	1,35

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Reav	Valor
25/07/19	19/08/19	50,40

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer após a cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450	AGO 19	118
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200	JUL 19	115
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130300	JUN 19	125
		MAI 19	157
		ABR 19	135
		MAR 19	129
		FEV 19	108
		JAN 19	109
		DEZ 18	108
		NOV 18	112
		OUT 18	106
		SET 18	115
		AGO 18	126

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	19,33	48,82
Transmissão	1,84	4,90
Distribuição (Celpe)	11,82	29,86
Encargos Setoriais	1,15	2,90
Tributos	1,64	4,14
Perdas de Energia	3,72	9,39
TOTAL	39,60	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003170294725	CAT	18/07/2019 2.806,00	19/08/2019 2.724,00	31	0,0000	0,00	118,88

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jun/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	PAUDALHO	0,00	10,87	21,74	43,48
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,67	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,88	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,72					
Tudo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você lanchonete almeida: av costa e silva centro / polimark comunicação
assessor: r genuino silva 46 centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,67 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026223177	08/2019	0,00	26/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Marcos Antonio de Almeida

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

919.419.384, 34

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Thiago Everton da Silva Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

088.059.824-74

do sinistro de DPVAT cobertura

incapacidade

da Vítima

Thiago Everton da Silva Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

088.059.824, 74

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Lo. Primavera</u>	Número: <u>5 Pr</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>primavera</u>	Cidade: <u>paudalho</u>	Estado: _____
E-mail: <u>marcofator@250hormail.com</u>	CEP: <u>55.825-000</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 9.9534-7625</u>

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

inscrito (a) no CPF/CNPJ

919 419 384, 34

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

do sinistro de DPVAT cobertura

incubidade

da Vítima

inscrito (a) no CPF sob o Nº

088.059.824-74

inscrito (a) no CPF sob o Nº

088.059.824, 74

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Lo Primavera

Número:

5Pr

Complemento:

Casa

Bairro:

primavera

Cidade:

paudalho

Estado:

CEP:

55.825-000

E-mail:

marcoantonio.25@hotmail.com

Tel.(DDD):

(81) 9.9534-7625

Local e Data:

Paudalho 20/11/2019

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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, Patricia FERREIRA DA SILVA

RG nº 6440190, data de expedição 24/03/2010

Órgão SDE/86, portador do CPF nº 052.237.894-31

com domicílio na cidade de Congima, no Estado de

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

SILVANO GOMES DE FREITAS, nº 37

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

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

THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS, cujo o condutor era

DIAGRAMA DE FLUXO

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXN 150 PROS ESDN Ano: 2018/2019

Placa: BS-4430 Chassi: 9C2KD0810KR109991

Data do Acidente: 19/08/2019

Local e Data: CARPINA 27 DE SETEMBRO DE 2019

X *Pedro Luis de S. B.*
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA - TABELIONATO JOSÉ MANOEL
Escritório das Agências de Imóveis, Matrículas, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
R. Comendador Euríclides Interim, nº 126, Fone/Fax: (81) 3621.0410, Carpina - PE - cartorio.carpina@bol.com.br

Reconheço, Por Autenticidade a firma: PATRICIA TERESA DA SILVA,
lançada em minha presença dou fé.
CARPINA/PE 27/09/2019 08:13:54. Emol:3,51, TSNR: 0,80;
PERC:0,40; Total: 4,91. Selo nº 0074807.EJMO.9201903.01546.
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/ee/odigital. Jose
Mandol da Silva Filho.
Taboão.



GENUINE



BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 194618 CLASSIFICAÇÃO VERDE Nº OCORRÊNCIA: 00189676
Nome: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS Idade: 30 Anos 3 Meses 24 Dias CNS: 706009885862645 Est. Civil: CASADO(A)
End.: RUA SEVERINO GOMES DE FREITAS Nº: 37 Nascimento: 26/04/1989 CEP: 55819110 Bairro: TRÊS MARIA
Mãe: EDINALVA CORREIA DA SILVA Doc nº: 7704463 Nacio.: BRASILEIRA Cor/Raça: PARDO
Pai: ZENILDO LIRA DANTAS Acom.: O MESMO Sexo: MASCULINO
Prof.: MOTOTAXISTA Telefone: 81 992666070 Municíp: CARPINA

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

PCTE REFERE DOR + EDEMA + FERIMENTO + DIFICULDADE EM REALIZAR OS MOVIMENTOS EM MID, APÓS QUEDA DE MOTOCICLETA HOJE A TARDE.

Procedência: Residência

Doenças preexistentes: NEGA

Régua de dor: Moderada

Pré-consulta:

Intolerância/Alerg.: NEGA

Parâmetros: PA: 13/90 FC: 114 R: T: HGT: Spo2: GLASGOW: Peso:

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo

Sintomas:

Dor torácica:

Duração da dor:

Dor presente:

Localização:

Edemas:

Irradiação:

Observações:

Últimas Ocorrências
Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

Queixas / Diagnóstico

dor, edema e en-
cunç, com t4t e
apoi. acident. de
mot, l4

Tratamento

tala gueda cts
- orientada nas pinç
- As amputações

Desfecho / Evolução

Desfecho: *Res*
Tipo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Encaminhado:

Em: às: h m do dia: / /

Curativo
Vebulização
Adm. de medicamento
Retirada de ponto

Técnico / Coren

Procedimento

Co / Conselho

io

Impressão diagnóstica

fract. de m4, com

Justificativa:

Removido: *articular*

Data saída:

Hora saída:

Atendimento Médico

☐ Urgência

☐ Obs. até 24 hs

Horário:

Médico / CRM

João Carlos

19/08/2019 19:02:05 RECEPCIONISTA: SINEIDE DE ANDRADE PEREIRA

TRIAGEM: GLECYA APARECIDA FERNANDES DE MELO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0049378

Prontuário: 00030999-0

Idade: 30 ANOS, 3 MESES E 24 DIAS

Nome: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

Dt. Nasc.: 26/04/1989 Sexo: M Est. Civil: CASADO

Endereço: RUA: SEVERINO GOMES DE FREITAS, Nº 37

CEP:

Cidade: CARPINA/PE

Bairro: TRES MARIAS

Nac: BRASIL

Documento:

CNS:

Sisprenatal:

Tel.:

Mãe: EDINALVA CORREIA DA SILVA

Pai: ZENILDO LIRA DANTAS

Profissão: MOTOTAXISTA

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
19/08/2019 14:03	0049378	QUEDA

PRE-CONSULTA

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

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Painel de fúria e
Cabeça de trauma e
M.I.D.

Tratamento

Painel de fúria e
Cabeça de trauma e
M.I.D.

Exames complementares**Impressão diagnóstica**

CID

Motivo da saída:Residência ☐ Internado ☐**Justificativa:****Encaminhado:****Removido:****Óbito:**

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:**Hora saída:**☐ CURATIVO**ADM MEDICAMENTO:**☐ BÁSICO ☐ ESP☐ NEBULIZAÇÃO☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

Consultas / Atendimento Médico:☐ urgência básica☐ urgência especializada☐ observação básica☐ observação especializada

MÉDICO / CRM

HORÁRIO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

C14:45)

Pcte utine de credite de unoto, con de utine
en bonozelo dunto

Ra usual -

- CD:
- ① Veltamín OIFA 1M
 - ② Picardom OIFA 1M
 - ③ Diplome OIFA 1M

Te César
C. 27.800



673%

Nome: thiago everton da silva dantas

Data do Exame: 6/9/2019 21:55:45

DN: 26/4/1989

CENTRO MEDICO HOSPITALAR PM PE



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO**

DIRETORIA DE SAÚDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01 - Nome do Paciente

02 - Nº Prontuário

LAUDO MÉDICO

Paciente Thales EVERTON de
Lima Santos, 30 anos,
internado no Hospital da
Polícia Militar dos 04/09/19
a fractura fechada e não
tornante D. Foi operado
(osteossíntese) dos 06/09/19,
recebendo alta dos 08/09.

03 - Data

04 - Assinatura e carimbo do médico

Remissão médica em 4 meses

CMH: Praça do Deby, s/nº - Recife - PE, CEP: 52.010-140
Fone: 0 (81) 3181-1445

e 10:

02/09/19

Eduardo Sambrato
2.º Ten. - DOM - p.2
Mat. 121.760.5
CBO 12579

Eduardo Sambrato
2.º Ten. - DOM - p.2
Mat. 121.760.5
CBO 12579

Secretaria Estadual de Saúde - SES
II GERES - Gerência Regional de Saúde
Hospital Regional de Limoeiro "José Fernandes Salsa"
RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Hospital Regional do Limoeiro "J. F. Salsa"

Nome: Thiago Evelyn da Silva Dora

Clinica: dan Enfermaria: _____ Reg. Nº _____

Do aneurisma da aorta
abdominal

Fratura de tibia e. (mcl),
sem acatene de punção ar-
ticular.

Data: 13/08/13

Jaime S. S.
Médico CRM

O primeiro cigarro é uma passagem para o vício
Eleide Monteiro de Souza



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE- CMH

ATESTADO MÉDICO

Nome:

Aluísio Eviston do S. Santos

Same nº: *118163*

Posto/Grad.

Unidade

A) Dispensa para Tratamento de Saúde (DTS)

Dispensado do serviço por

) dias, a contar

- () Exercícios Físicos
() Exercícios Militares
() Exercícios Profissionais
() Outras Restrições

Devendo ser cumprida na OME, no horário de expediente, em virtude da doença ou CID

B) Licença para Tratamento de Saúde (LTS)

Licença do serviço por

60 (sessenta)

dias a contar de:

04, 09, 19

Devendo ser cumprida fora da OME, em virtude da doença ou CID

580

C) Apto a contar de

07, 09, 2019

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Exercícios Militares: ordem unida, a pé firme ou em marcha, com ou sem armas; maneabilidade, com ou sem armas.

Exercícios Físicos: instrução com exercícios físicos de tropa, mesmo educativos, que exijam movimentos rápidos e sincronizados.

Exercícios Profissionais: atividade específica policial militar ostensiva, ou de guarda, e qualquer que exija esforço físico, atividades exercidas fora da OME em que serve.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAUDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
GUIA DE ALTA HOSPITALAR

Unidade de Internação	Apartamento	Quarto	Leito
DADOS DO PACIENTE			
Nome <i>THIAGO EVERTON M SILVA MATHS</i>			SAME <i>118163</i>
Responsável			SAME
Posto/Graduação	Unidade	Sub/Unidade	
Diagnóstico de Alta <i>Fratura humeral D / Intervenção dia 06/09</i>			
Data da Internação <i>14/09</i>		Data da Alta <i>07/09</i>	
Precisa de Acompanhante SIM ☐ NÃO ☐		Precisa Ambulância SIM ☐ NÃO ☐	
Condição de Alta Apto ☐ Transferido ☐		LTS <i>60</i> DTS ☐ LPTS ☐	
Óbito ☐ Atestado Óbito ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Destino do Corpo:			
<i>Retirado Ambulatório do Anjo Costa (Vitor) dia 19/09 às 7:30h para tratamento nos pres.</i>			
 MÉDICO-CREMEPE			



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
GUIA DE ALTA HOSPITALAR

Unidade de Internação	Apartamento	Quarto	Leito
DADOS DO PACIENTE			
Nome THIAGO EVISTON M SILVA MANS			SAME 118163
Responsável			SAME
Posto/Graduação	Unidade	Sub/Unidade	
Diagnóstico de Alta Fratura humeral D / Intervenções de 06/09.			
Data de Internação 04/09		Data da Alta 07/09	
Precisa de Acompanhante SIM ☐ NÃO ☐		Precisa Ambulância SIM ☐ NÃO ☐	
Condição de Alta Apio ☐ Transferido ☐		LTS 60 DTS ☐ LPTS ☐	
Obito ☐ Atestado Óbito ☐ SIM ☐ NÃO ☐		Destino do Corpo:	

Refusou Atestado Óbito em 19/09 às 7:30h
quinto. livro, não pag.

MÉDICO-CREMEPE
5092111-0-01
Via WOO-112
opaduas 04/11/02



073 %

Nome: thiago everton da silva dantas

Data do Exame: 6/9/2019 21:55:45

DN: 26/4/1989

CENTRO MEDICO HOSPITALAR PM PE



FICHA DE ATENDIMENTO

Atendimento: 1551163 Data/Hora de chegada: 04/09/2019 08:11:48 Tipo do atendimento: Urgência/Emergência
Criado em: 04/09/2019 08:43:22 Finalizado em: 04/09/2019 08:45:15
Paciente: 118163/01 - THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS Data de nascimento: 26/04/1989
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Médico: Dr(a) GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR

ATENDIMENTO MÉDICO

Consultório: CRM-PE 17260 Médico: GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR
Início: 04/09/2019 08:43:22

Síntese principal

Paciente com fratura de tnz direito, fez uso de atb, passado por dr ângelo, hoje foi reavaliado e orientado a internar para realizar
recer cardiológico, cirurgia marcada para dia 06.09.19 as 10 horas com dr adauto telino

DA

m para internamento e posteorior cirurgia para fratura d etornozelo

Medicamentos em uso

Exames complementares

D's do Diagnóstico

55 - DOR ARTICULAR

Dr. George Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 17260 / TEOT - 12790

05/09/19

* ORTOPEDIA

paixão e paixão

vinga

amora

pó em água

phell

cauon

Dr. Roberta Paes Barreto
CRM 116.828
Mat. 116605-0
PF. 036.271.184-26



CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL

HOSPITAL: POLÍCIA MILITAR

PACIENTE: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

CONVÊNIO: DASIS

MÉDICO: ADALTO

MEMBRO OPERADO: TORNATELO DIREITO

Nº PROCED: FRACTURA DO TORNZELO

LINE:

Nº PEDIDO:

Nº KIT:

PRONTUÁRIO: 118163

DATA: 06 / 09 / 2019

[illegible]

*Comunicamos que utilizamos o(s) material(ais) aqui descrito(s) no paciente supracitado.

RECIFE, 06 de SETEMBRO de 2019

CHRISTIA NO

Responsável p/ informação

Dr. Adarsh Telang
Traumatologist/Orthopaedist
CRM - 20571/NEOT-15068

Cirurgião responsável



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

CMH - PMPE / CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
SERVIÇO DE ENFERMAGEM- CENTRO CIRÚRGICO

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PACIENTE:	Thiago Benton da Silva Dantas			DN:	26/04/89
SAME Nº:	12816301	GRAD:		UNIDADE:	
RESPONSÁVEL:	Fabiana Pereira da Silva				
SAME:		GRAD:	Soldado	UNIDADE:	
DATA:	06/09/19	EMERGÊNCIA:	SIM () NÃO (X)	SALA:	05
CIRURGIA:	Fratura de fêmur MID			INÍCIO:	12:35
TIPO DE ANESTESIA:	LOCAL () BLOQUEIO () RAQUIDURAL () SEDACÃO (X) GERAL: ENDOVENOSA () INALATÓRIA () BALANCEADA ()			INÍCIO:	12:35
CIRURGIÃO:	Adauto Kelio			NEONATOLOGISTA:	
1º AUXILIAR:	Hudson Rocha			ENFERMEIRA (O):	Paula / Andre
2º AUXILIAR:	Vladimir Valença			CIRCULANTE:	Natália / Eliane
ANESTESISTA:	Vladimir Valença			INSTRUMENTADOR:	Enrique
TAXA DE EQUIPAMENTOS					
		HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO	MATERIAL ESPECIAL (O) NÚM.	
APRELHO ANESTESIA		11:20	12:10	Macrol 1/3 de camo 01	
ASPIRADOR ELETRÔNICO				Parafusos Cortes 04	
ARTROSCÓPIO/ SHAVING				Parafusos esponja 04	
BISTURI: (X) ELETRÔNICO () ULTRASSÔNICO					
BISTURI: () ARGÔNICO () LIGASURE					
BOMBA: () INFUSÃO () ANNE () SERINGA					
BERÇO AQUECIDO					
BRONCOSCOPIO					
BOTAS PNEUMÁTICAS					
CEC					
CITOSCÓPIO					
COLCHÃO TÉRMICO					
ENDOSCÓPIO					
FONTE DE LUZ					
GARROTE PNEUMÁTICO					
HISTEROSCÓPIO					
INCUBADORA					
INTENSIFICADOR DE IMAGEM					
LASER					
MICROSCÓPIO					
MONITOR C/ OXICAPINONOGRÁFIA		11:25			
PAM					
RESSECTOSCÓPIO/ URETOSCÓPIO					
ULTRASSON					
VÍDEOLAPAROSCÓPIO					
OUTROS:					
GASES MÉDICINAIS:					
AR COMPRIMIDO					
CO2					
NITROGÊNIO					
OXIGÊNIO		11:20			
PROTÓXIDO					
OUTROS:					

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRCULANTE



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome do Paciente

Thiago Cranton do Silva Dantas 118163/01

SAME

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura de Moleto Lateral D.

Intervenção indicada:

Redução Aberta e Fixação Interna com Placas

Riscos estimados da

Eletiva

Emergência

Paliativa

No caso do risco estimado ser

intervenção, indicado pelo

1 - Bom

4 - Bom

7 - Bom

regular ou mau, devem ser dadas

cirurgia antes de operar

2 - Regular

5 - Regular

8 - Regular

as razões na História Clínica.

3 - Mau

6 - Mau

9 - Mau

Cirurgião Dr:

Roberto Telino

Anestesista Dr:

Dr. Wladimir Lemos

Auxiliares Drs:

Dr. Hudson Rocha

Instrumentadores:

Circulante:

Data da Intervenção:

06/09/19

Hora início:

11:00

Fim

12:30

Intervenção Feita:

Redução Aberta e Fixação Interna com

Perfuro de Trocã e Placa de Neutralização

Anestesia Praticada:

Rapina Anestesia

Diagnóstico Pós Operatório:

Fratura de Moleto Lateral

Descrição Detalhada da Intervenção (Técnica Operatória, Incisão, Achados, Órgãos Examinados, Órgãos

Extirpados, Ligadura, Suturas, Drenos, etc.)

1) Anestesia e Antissepsia

2) Exercícios de alongamento da perna e do braço

3) Realização da incisão sobre Moleto Lateral

4) Redução por Placas de Fixação de Trocã

5) Redução da Fratura e Fixação com

Placa de Trocã

6) Colocação Placa de Neutralização 1/3 Longo

7) Furos com 3 Perfuros e 2 Perfuros Proximais

8) 2 Perfuros e 2 Perfuros Distais

9) Realização teste de Estresse, sendo observado

Manutenção da Articulação do tornozelo

10) Sutura por Placas

11) Curativos

Dr. Roberto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM - 20.671 TEOT-15558

ABDOMEN: ☒ Plano ☒ Semi-globoso () Globoso () Flácido () Ascítico () Distendido () Tenso ☒ Indolor
() Doloroso: Local () Timpânico () RHA presentes () RHA ausentes Visceromegalias () Ausente () Presente

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: ☒ Normal () Constipação dias () Diarréia: vezes. SLC

Cor: Odor: () Fétido () Característico () Flatos () Outros:

SISTEMA GENITURINÁRIO: Diurese: ☒ Presente () Ausente () Espontânea () Fralda () SVD () Cistostomia
Data de instalação: / /

Volume: ml () Disúria () Polaciúria () Poliúria Aspecto: () Amarelo citrino () Concentrada () Depósito
() Depósito () Hematúria () Outros: SLC

SISTEMA OSTEO-ARTICULAR: () Luxações ☒ Fratura () Outros: Tranquila

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO: Mobilidade: () Ativa () Passiva Movimentos Conservados: () Não () Sim
Força Motora: () Não () Sim () MMSS () MMII Observações:



Dor: () Não ☒ Sim Localização: MED
Grau de Intensidade: ☒ Leve () Moderado () Fraco
Observações:

PARÂMETROS CLÍNICOS
PESO: 75 kg ALTURA: 168 cms

Horário: 11:30 h Temperatura: °C Respiração: rpm Pulso: bpm
Tensão Arterial: 130x80 mmHg Frequência Cardíaca: bpm HGT: mg/dL

Dietas zero: A partir: hs data: / /
OBS: FERIDA OPERATÓRIA: () Limpa () Curativo Oclusivo () Secretiva
Aspecto: RESERVA DE HEMOCOMPONENTES: () Não () Sim
Material Solicitado: Quantidade/volume:

ACESSO VENOSO () Periférico () Central Local: Data da punção: / /
DRENOS: ☒ Sim () Não Tipo: Aspecto da drenagem: RESERVA DE LEITO EM UTI: () Não () Sim

USO DE ANTIBIÓTICOS () Não () Sim INÍCIO: / / Qual (is)? CLASSIFICAÇÃO SANGÜÍNEA: FATOR Rh: ENCAMINHADO: () PRONTUÁRIO () EXAMES LABORATORIAIS () RX () ECG () TC () ECG () TC () RM () OUTROS:

VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE - ETAPA 1 - UNIDADE DE INTERNAÇÃO

() Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)
() Procedimento cirúrgico confirmado
() Jejum confirmado
Tricotomia: () Sim () Não, realizará no bloco cirúrgico.
Lesão cutânea: () Não () Sim Qual?
Higiene corporal com antisséptico: () Sim () Não
Cabelos enxutos: () Sim () Não
Esvaziamento vesical: () Sim () Não
Esvaziamento intestinal: () Sim () Não
Uso de gorro, propés e roupa cirúrgica: () Sim () Não
Alergia: () Sim () Não
Retirada de adornos e piercing: () Sim () Não se aplica
Retirada de próteses, lentes, óculos: () Sim () Não se aplica
Retirada de roupas íntimas: () Sim () Não se aplica
Retirada de esmalte: () Sim () Não se aplica
Exames Realizados: () Imagem () Laboratoriais
Parecer Cardiológico: () Sim () Não
() Termo de Consentimento e Esclarecido e Assinado
() Consentimento anestésico
() Prontuário e exames conferidos e completo ()
() Consentimento Cirúrgico Sítio/ Lateralidade
Respiração espontânea: () Sim () Não
Hipertensão: () Sim () Não
Febre nas últimas 24hs: () Sim () Não

VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE - ETAPA 2 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO

(Realizada pelo profissional de Enfermagem junto ao maculeiro do Centro Cirúrgico)

Paciente confirmado () Sim () Não Prontuários/exames conferido e completo () Sim () Não
Paciente mantido em maca com grades elevadas () Sim () Não

Observações: Dependendo da evolução clínica, cirurgia dia 06.09 com equipe cirúrgica de M.D.

DATA: 04/09/19 HORA: 11:35 h ENFERMEIRO/COREN: Silvana Fontenelle
367.233.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICA CIRÚRGICA
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009

PLANTÃO: DIURNO ☒ NOTURNO: () DATA DA ADMISSÃO: 04/09/19 Hora: 10:54h
NOME: Thiana Evertan da Silva D. SAME: 118163-01
IDADE: 30 SEXO: ☒ M () F ENFERMARIA: 402 LEITO: 02
PROCEDÊNCIA: ☒ Residência () Setor de origem: () Outro serviço:
ESTADO CIVIL: Casado ESCOLARIDADE: 9º Grau PROFISSÃO: Jss. ADM
RELIGIÃO: Católico
MODO DE CHEGADA: ☒ Deambulando () Cadeira de rodas () Maca
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de Tornozelo
CIRURGIA PROPOSTA: DATA: 12/1 HORA DA CIRURGIA: 7 hs
ALERGIA: ☒ NÃO () SIM () Medicamentos () Soluções () Látex () Alimentos QUAL (IS)?

MEDICAÇÃO EM USO: Dipirona uso das
ANTECEDENTES PESSOAIS: () Cardiopatia () DM () HAS () Tuberculose () Neoplasia () Alteração Psiquiátrica () Asma
() Tabagismo () Etilismo () Uso de droga (último uso dias) () Quimioterapia () Radioterapia () Hemodiálise vezes/dia
() Outros: Neoplasia

ANTECEDENTES CIRÚRGICOS:

há quanto tempo?

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom ☒ Regular () Comprometido () Grave
EMOCIONAL: ☒ Comunicativo () Pouco comunicativo () Calmo () Deprimido ☒ Tenso () Ansioso
SISTEMA NEUROLÓGICO: PUPILAS: () Mióticas () Midríaticas ☒ Isocóricas () Anisocóricas () Fotorreativas
() Reage a estímulos () Não reage a estímulos () Dormindo () Largado ☒ Orientado () Desorientado () Torporoso
() Comatoso
Atitudes: ☒ Colaborativo () Não colaborativo () Agitado () Choro () Calmo ☒ Ansioso
BOCA E FACE: () Lesão () Deformidades () Seborréico () Presença de parasitas () Edema () Hematoma
() Hemorragia () Processo inflamatório/infeccioso () Outros:
() Lesões / local (is):
PELE E MUCOSAS: ☒ Normocorada () Hipocorada ☒ Hidratada () Desidratada () Anictérica () Ictérica () Aclanótica
() Anasarca () Mosqueada ☒ Íntegra () Lesionada Local:
() Descamativa () Rash cutâneo () Petéquias () Hematomas () Vesículas () Flictenas () Queimadura ° grau
Turgor ☒ Normal () Diminuído () Lesão por pressão (categoria) () Outros:

SISTEMA CARDIOVASCULAR: PULSO: ☒ Cheio () Filiforme () Rítmico () Arritmico () Taquissígnia () Bradissígnia
☒ Normotenso () Hipertenso () Hipotenso () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico
() Edema: ☒ Ausente () Presente Local:

REGULAÇÃO TÉRMICA: ☒ Afebril () Subfebril () Hipotermia () Febril () Hiperpirexia

SISTEMA RESPIRATÓRIO: ☒ Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico () BAN () Tiragem () Roncos
() Sibilos () Estertores () Crepantes () Frêmitos () Tosse seca () Tosse produtiva () Expectoração espontânea
Tipos de ventilação: () espontânea/ ar ambiente oxigenoterapia: () cateter nasal /mim () cpap %
() Venturi % () TOT nº Outro:

SISTEMA GASTROINTESTINAL: CAVIDADE ORAL: Lesão () Sim ☒ Não Qual?
Língua: () Saburosa () Lesão () Outros: Lábios: () Leporino () Cianose /palidez
NUTRIÇÃO: ☒ Via oral () SNE () GTT () SNG Resíduo gástrico: () Claro () Bilioso () Amarelado () Sanguinolento
() Borra de café Volume: ml.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

Thiago Eberton da Silva Dantas

02 - Data: 06/09/19

03 - Hora: 09:51

04 - Nº Prontuário

118163/01

05/09/19 às 08:55h cliente em EGR, consciente, orientada, contacta verbalmente, deambula, comi-
lia pouco sono(-1 a noite), afébil, hidratado, acia-
notica, 5/SVP, alimentação (+) por V.O., eliminações
fisiológicas E(+), D(+). Segue aos cuidados da e-
quipe. ACD. Enf. Acioli.

Mariana C. Couto
COREN-PE 397.963 - ENF

05.09.19 - Psiqui -

Si grupos cv

Exame da m h s, m m s m

partes de m e m s H. 11/80, 4

ECG: 187 mm

1450 bpm I

Dr. Vinícius Melo Filho
Cardiologia/Hemodinâmica
CRM-PE - 9369

Intensificação 06/09/19

Paciente retorna de BC e POS de Fratura de Tórax -
Zelo D, FO em curativo fechado, AVP em MSE, Dieta V.O.
Livre após efeito anestésico. Antibiótico prescrito por 24 h.
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Rafael de Aquino
COREN-PE 359.072 - Enf

Acad. inf. Aurélio M. G.

71261
Sampath

$$d \cap d = 1 \neq 0$$

0201 o der referat per portante
apresent au departament
nu la nota facis pe
dar las inform

(1) Como mostra o
 no gráfico deve ser o 510
 Acidente no de 1980
 o acidente em 1980

340

11.10.11.

67821-0000
505
MIA
0100

(C)

61

11. 6. 68 270

Adm - Audited / 2 years

Mr. Allen

6-10-1954

McKinnon, 1961, 1962, 1963

infant, 2-2008

D. zhangyue

Postscript: Letter

22.8



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE

Pág. 1/2
Emitido por: edilene.santos
Data/Hora: 04/09/2019 08:58:03

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

INFORMAÇÕES GERAIS			
Atendimento: 1551287	Data/Hora: 04/09/2019 08:58:02	SENHA: 64	Destino: CENTRO CIRÚRGICO
Especialidade:		Prestador:	
INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE			
SAME: 118163/01	Nome: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS		
Dt. de nasc.: 26/04/1989	Idade: 30 anos, 4 meses	Sexo: M	Estado civil: CASADO
Nome da mãe: X			Telefone: 998295651
Endereço: X			
SITUAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
REGULAR			
INFORMAÇÕES SOBRE O TITULAR			
Nome: PATRICIA TERESA DA SILVA		Posto/Grad.: SOLDADO DE PRIMEIRA CLASSE	
OME:			
HISTÓRICO DA DOENÇA			
ANTECEDENTES - INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO			
HAS(-)			
DM(-)			
Alergia(-)			
PA = 130 x 90 mmHg			
HGT = 97 mg/dl			
EXAME FÍSICO			
EXAMES SOLICITADOS			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA			

25

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/ 2009

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Thiago Everton da S. Santos

DIAGNÓSTICOS

SAE

INTERVENÇÕES

DE ENFERMAGEM

DATA: 06.09.13

REVISÃO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

☒ Risco/Ansiedade relacionado à:
☒ Medo do desconhecido
☒ Déficit de conhecimento
☐ Outros:

☒ Monitorar o estado emocional do indivíduo;
☒ Conversar usando abordagem calma e segura, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e familiares e estimular a comunicação do sentimentos;
☒ Explicar procedimentos antes de realizá-los;
☐ Outros:

☐ Risco/Padrão respiratório ineficaz
☐ Risco/Troca de gases prejudicada
Relacionado à:
☐ Dor
☐ Ansiedade
☐ Secreção
☐ Desobstrução ineficaz das vias aéreas
☐ Perfusão tissular prejudicada
☐ Outros:

☐ Elevar decúbito à: () 30° () 60° () 90°
☐ Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispnéia, bradipnéia, BAN, etc.)
☐ Instalar: () Cateter nasal ____ l/min () Máscara facial () Venturi a ____ %
☐ Registrar evolução do padrão respiratório
☐ Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas ____ h e s/n
☐ Manter oximetria de pulso e realizar rodízio de sensores ____ h
☐ Realizar gasometria conforme prescrição
☐ Trocar sistema de aspiração em ____ h
☐ Outros:

☐ Risco para Aspiração
Relacionada à:
☐ Alimentação por sondas
☐ Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal
☐ Deglutição prejudicada
☐ Outros:

☐ Avaliar nível de consciência;
☐ Avaliar deglutição prejudicada;
☐ Manter decúbito elevado durante administração da dieta e até 30' após;
☐ Manter kit de aspiração montado;
☐ Instalar dieta testando posicionamento da SNG /SNE;
☐ Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente
☐ Outros:

☐ Nutrição Alterada:
Para mais () Para menos ()
Relacionada à:
☐ Incapacidade de ingerir
☐ Incapacidade para absorver/digerir nutrientes
☐ Dificuldade na adesão à dieta
☐ Outros:

☐ Auxiliar o paciente a se alimentar e monitorar a ingesta;
☐ Solicitar a avaliação do Serviço de Nutrição;
☐ Identificar problemas relacionados com a alimentação;
☐ Orientar sobre a importância da dieta alimentar para a recuperação do estado de saúde;
☐ Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente
☐ Pesquisar diariamente o paciente em jejum;
☐ Outros:

☐ Risco de Excesso do Volume de líquidos
Relacionados à:
☐ Disfunção renal
☐ Alterações cardiovasculares
☐ Outros:

☐ Atentar para os sinais de congestão pulmonar (crepitação, dispnéia, etc.)
☐ Controle rigoroso das infusões
☐ Verificar os débitos, frequência e aspecto das eliminações;
☐ Monitorar os níveis de ionograma, uréia, creatinina, hemograma, albumina, etc.
☐ Outros:

☐ Risco/ déficit de líquidos
Relacionado à:
☐ Ingesta alterada
☐ Perda de líquidos (pele, pulmão)
☐ Sangramentos
☐ Drenagens
☐ Outros:

☐ Atentar para os sinais de desidratação (hipotensão, taquicardia).
☐ Monitorar SSVV
☐ Controlar a hidratação oral/venosa
☐ Monitorar e registrar débitos, frequência e aspecto das eliminações
☐ Monitorar os níveis de Ht e Hb/Ionograma/Uréia e creatinina
☐ Outros:

☒ Risco para Infecção
☐ Risco para Transmissão de Infecção relacionada à:
☐ Infecção
☒ Trauma
☐ Procedimentos invasivos
☐ Imunossupressão
☐ Outros:

☒ Higienização das mãos antes e depois do contato com o paciente;
☐ Observar e anotar alterações de SSVV;
☐ Verificar presença de sinais flogísticos;
☐ Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica
☐ Trocar de equipamentos e tomeirinhas em ____ h
☐ Trocar acesso periférico em ____ h
☐ Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos;
☐ Utilizar EPI
☐ Outros:

☒ Risco/dor relacionado à:
☒ Patologia de base
☐ Procedimentos invasivos
☐ Agentes lesivos, químicos e físicos
☐ Outros:

☒ Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor;
☒ Administrar analgésicos prescritos;
☐ Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição antálgica
☒ Outros:

Risco para trauma/queda	() Avaliar estado de consciência e observar alterações de comportamento ☒ Observar e avaliar mobilidade física ☒ Orientar os movimentos de acordo com a limitação e auxiliar a mobilização () Manter grades de proteção do leito elevadas ☒ Auxiliar durante as necessidades básicas (higiene corporal e oral) e durante deambulação.	
Déficit no auto-cuidado relacionado à: Higiene Mobilidade Complicações clínicas e/ ou físicas Alimentação Dor Outros:	☒ Ajudar na deambulação e nas atividades; () Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade () Orientar a acompanhante a estimular a deambulação; () Realizar/ auxiliar/ supervisionar higiene oral e corporal no leito quando necessário () Auxiliar durante as refeições () Registrar condições da pele durante o banho () Estimular a participação de familiares e promover meios para o auto-cuidado () Realizar mudança de decúbito de ____/____h () Outros:	
Risco/Padrão de eliminação urinária alterado relacionado à: Volúmia Obstrução anatômica Infecção Obstrução anatômica Disfunção sensorial ou neuromuscular	() Monitorar a frequência e débito urinário () Realizar o procedimento de esvaziamento vesical prescrito com técnicas miccionais ou cateterismo intermitente () Avaliar presença de globo vesical e dor () Medir débito urinário de ____/____ horas e registrar características () Outros:	
Risco/ Constipação Risco/ Diarréia Risco/ Nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais relacionado à: Imobilidade Lesão neurológica Processos infecciosos Causas inespecíficas Obstrução pós-operatória Dieta Outros:	() Registrar características e frequência das evacuações; () Instalar SNG. Manter aberta se necessário () Incentivar a ingestão hídrica () Manter dieta zero () Orientar higiene corporal e se necessário realizar banho no leito () Controlar rigorosamente o gotejamento das infusões () Acionar a nutricionista para adequar a dieta () Outros:	
Risco de integridade tissular prejudicada relacionada à: Déficit nutricional Excesso/Déficit de volume de líquido Mobilidade física prejudicada Fatores mecânicos Procedimentos invasivos Outros:	() Mudar decúbito de 3 em 3 horas e realizar massagem de conforto () Realizar curativo ____ vezes ao dia utilizando: _____ () Registrar aspecto da lesão () Realizar troca de acesso venoso periférico a cada ____h () Manter lençóis limpos, secos e esticados () Avaliar o grau de risco com individualização da assistência, para prevenção da úlcera por pressão () Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais () Manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão () Proteger saliências ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiro () Avaliar e realizar o curativo da ferida registrando no prontuário conforme rotina da Comissão de Prevenção e Tratamento da Ferida (CPTF) () Outros:	
Mobilidade no leito prejudicada	☒ Ajudar na deambulação e nas atividades ☒ Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade ☒ Orientar a acompanhante a estimular a deambulação () Realizar banho no leito se necessário () Outros:	
Pontecial para temperatura corporal relacionada à: Hipertermia Hipotermia	☒ Verificar a temperatura a cada <u>6</u>h () Realizar meios físicos de ____/____h () Eliminar possíveis fatores de riscos ☒ Administrar medicamento conforme prescrição médica () Aquecer o paciente ☒ Outros:	
Pesar relacionado a laços familiares interrompidos evidenciados por relato verbal de sofrimento	() Ofertar apoio emocional () Orientar a família quanto suporte emocional à paciente () Outros:	

ENFERMEIRO:

Leda Calado

Leda Calado
 Enfermeira
 COREN: 476.260



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7704463 SDS PE

CPF
088.059.824-74

DATA NASCIMENTO
26/04/1989

FILIAÇÃO
ZENILDO LIRA DANTAS
EDINALVA CORREIA DA SI
LVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

1º REGISTRO
06155114920

VALIDADE
09/04/2024

1ª HABILITAÇÃO
21/08/2014

OBSERVAÇÕES
RAR

Assinatura do Portador
Thiago Everton da Silva Dantas

LOCAL
CARPINA, PE

DATA EMISSÃO
11/04/2019

Assinatura do Emissor
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

39466956746
PE092048161

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1822324177

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1822324177

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1302534384	NOME MARCON ANTONIO DE ALMEIDA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 4250694 SSP PE	
	CPF 919.419.384-34	DATA NASCIMENTO 16/05/1971
	PLACAO MARCEL COSME DE ALMEIDA MARIA JOSE DE ALMEIDA	
	PERMISSÃO []	ACC []
CAT. HAB. AD		
Nº REGISTRO 00495815750		VALIDADE 19/10/2021
		1ª HABILITAÇÃO 25/01/1999
OBSERVAÇÕES sem observações		
ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL CARPINA - PE		DATA EMISSÃO 19/10/2016
[] Gleilson Antonio Sousa Ribeiro Secretário Presidente Assessoria do Conselho		38943336844 PE075278847
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)		

PROIBIDO PLASTIFICAR

1302534384

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014356938980
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1178688883 RNTRC ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
PATRICIA TERESA DA SILVA

CARPINA - PE

CARROCEJ 052.237.894-31

PLACA
PD34430

PLACA ANT./UF ***** CHASSI 9CEKD0610KR109991

ESPECIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS E3DD ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2019

CAP/POT/OIL 2P/162CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

FAIXA (IPVA) PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
A 1 ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 84.26 IOP (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 16/01/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO PAN SA

Marcelo Bruto da Costa Correia
CARPINA - PE DATA 17/01/19

Marcelo Bruto da Costa Correia

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014356938980 BILHETE DE SEGURO DPVAT
PATRICIA TERESA DA SILVA

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

CARPINA - PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 17/01/19

VIA 1 CPF / CNPJ 052.237.894-31 PLACA PD34430

RENAVAM 1178688883 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS E3DD

ANO FAB. 2018 CAT. 09 Nº CHASSI 9C2KD0610KR109991

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOP (R\$) TOTAL A SER PAGU (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/9001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA THIAGO GONÇALVES DA SILVA DANTAS
DATA DO ACIDENTE 19/08/2019 CPF DA VÍTIMA 088.059.824-74
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR LO PRIMAVERA
Nº 05 COMPLEMENTO _____ BAIRRO PRIMAVERA
CIDADE PAUDALHO UF PE CEP 55825-000
E-MAIL marcosfeitosa25@hotmail.com TELEFONE (81) 99534-7625

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____

IDENTIDADE 4250694

ASSINATURA 

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407651/19

Vítima: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

CPF: 088.059.824-74

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2019

Titular do CPF: THIAGO EVERTON DA
SILVA DANTAS

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS : 088.059.824-74

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: 20/11/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647846 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO EVERTON DA SILVA **Data do acidente:** 19/08/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.
DANTAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.14_CIRURGIA
PÁG.10 EXAME DE IMAGEM

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS, Brasileiro (a),
portador(a) do RG nº 7704463, SAS/PE inscrito(a) no CPF sob
nº 088.10591824-74 Residente na Rua
SEVERINO GOMES DE FREITAS Nº 37, Bairro JOÃO MARIN, Município
de CARINA -PE,

OUTORGADO: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA, Brasileiro, Portador do RG:
4.250694 SSP/PE, Inscrição no CPF sob o nº 919.419.384-34, Residente na rua Lo. Primavera,
Primavera, Paudalho-PE

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o(a) OUTORGANTE acima
qualificado(a), nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO, para Representa-la
Perante as SEGURADORAS que Constitui o CONSORCIO DO SEGURO DPVAT, na
cobertura: INVALIDEZ, Vítima de acidente de trânsito no dia 19/08/2019,
Podendo para este fins /prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher
Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, Solicitar perícias, pegar cópia de
BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer Delegacias deste Estado de Pernambuco, Solicitar
e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA da POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO, Solicitar e
pegar cópia de prontuário médico, também solicitar e pegar ficha de esclarecimento ou boletim
de emergência em quaisquer Hospital Particular, Municipal, Estadual, Federal, Solicitar e pegar
BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer posto da POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL,
Solicitar e pegar declaração junto ao SAMU e ao CORPO DE BOMBEIROS, em fim tudo o mas
necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

Carina . 24/09/2019



Thiago Everton da Silva Dantas

OUTORGANTE

CARTÓRIO 2º OFÍCIO BARROS E SILVA - PRIVATIVO DE PROTESTO E NOTAS | Bel. Mario Barros e Silva
Avenida São João Batista, 815 - Carina - Pernambuco - Fone: (81) 3621-0208 - E-mail: cartorio2o@bolmail.com
Tabela

Reconheço, Autenticidade a firma
THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS, lançada em minha presença
dou fé CARINA/PE 24/09/2019 Emol 3,51, TSNR 0,80, FERC 0,40,
FERM R\$ 0,04, FUNSEGR \$ 0,08 Total 4,91 Sel. nº
3074955 ACND720190103617 Consulte autenticidade em
www.tpe.jus.br/selodigital ALMERINDA BARROSA DE OLIVEIRA
NOVAES, SUBSTITUTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407651/19

Número do Sinistro: 3190647846

Vítima: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

CPF: 088.059.824-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2019

Titular do CPF: THIAGO EVERTON DA SILVA DANTAS

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 21/11/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral