

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02

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 tarifada na origem para telefones celulares

## DADOS DO CLIENTE:

JOSE MARCONE DA SILVA

## ENDEREÇO

RUA MANOEL SABINO DOS SANTOS 44  
-CANAA/CATENDE -55400-000  
CATENDE PE -

## PERÍODO CONSUMO

09/08/2019 a 10/09/2019

## DATA DE VENCIMENTO

18/09/2019

## TOTAL A PAGAR

**R\$ 34,66**

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

10/09/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

10/09/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

076711599

## CONTA CONTRATO

**7006831049**

## CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

Destaque aqui

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## VIA PARA PAGAMENTO

838400000006 346600110076 006831049102 141852995931



## VENCIMENTO

18/09/2019

## TALÃO DE PAGAMENTO

**Evite dobrar e perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.**

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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, TACIANA TORRES GOMES DA SILVA

RG nº 6111999, data de expedição 22/05/15

Órgão DETRAN - PE, portador do CPF nº 040.497.614-08,

com domicílio na cidade de CATENDE, no Estado de

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

RUA 15 DE NOVEMBRO, nº 149,

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

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

JOSÉ MARCONI DA SILVA, cujo o condutor era

JOSÉ MARCONI DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA PCX 150 DLX Ano: 2017/2018

Placa: PCA-5013 Chassi: 9C2KF2210JR001346

Data do Acidente: 22/02/2019

*FIRMA RECONHECIDA*  
Serviço Registrador e  
Notarial de Catende-PE

Local e Data:

Catende, 10/07/2019

Taciana Torres Gomes da Silva

Assinatura do Declarante

Fabricio Pucci Barja

Assinatura do Condutor

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

SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE CATENDE-PE  
Titular: FABRICIO PUCCI BARJA  
Telefone: (41) 98552-2001

Reconheço por Autenticidade a firma da TACIANA TORRES  
GOMES DA SILVA. Dou fé. Catende/PE, 10/07/2019. Emol:  
R\$ 3,59 TANR: 0,80; PERM: R\$ 0,04; MINSEG: R\$ 0,08;  
PERU: 0,40 Total: R\$ 4,91

Salto: 0130450.SIT10201801.00904 10/07/2019 10:44:10  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

**Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife**

HOSPITAL SANTO AMARO

Convênio SUS



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Paciente:

*Rose ferreira da Silva*

Ginodermis

- Sclerite frontal do  
tronco toracico (fiss. frontais  
do astagalo).

*go (mit) levet.*

*Dr. Mauro Pava*

*CRM-PE 4199*

*28/04/19*

*[Handwritten signature]*

Cód.:1226



**Núcleo Saúde**  
Medicina & Segurança do Trabalho

**SOLICITO:**

AO SR. JOSÉ MARCONI DA SILVA , 20 (VINTE) SESSÕES DE FISIOTERAPIA NO TORNOZELO DIREITO.

RECIFE, 02 DE JULHO DE 2019

  
**Dr. Arivaldo S. Leite**  
Clínica Médica e Médico do Trabalho  
CRM-18.174

---

Objetiva Núcleo de Saúde Ltda - CNPJ : 07.001.692/0001-31  
Av. Caxangá, 487 – MADALENA – Recife – PE - Fone: (81) 3226.0752  
E-mail: [objetivanucleosaude@gmail.com](mailto:objetivanucleosaude@gmail.com)  
[www.clinicanucleosaude.com.br](http://www.clinicanucleosaude.com.br)

Pernambuco

Hospital

Mais Unicórnio

Data do Atendimento: 23/02/2019

Hora: 16:52:37

Urgência / Emergência

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 253812

Colaborador: VIVIANE KLS

CNS: 898003462815352

Sexo: Feminino

Nº. Atendimento: 833276  
Prioridade: VERDE - NÃO URGENTE

Nome: JOSE MARCONI DA SILVA

Idade: 34 Anos, 4 Meses e 9 Dias

C.I.:

/ LEONARDO CAETANO DA SILVA

Data de Nascimento: 14/10/1984

MARIA DA GLORIA DA SILVA

País ou responsáveis:

RUA MANOEL SABINO DOS SANTOS, 44 - CANAA/ - 55400000

Endereço:

Tel.: 8193070560

Cidade: CATENDE

Hora do Atendimento: 17:00 Hs

Queixa Principal:

Dor subite 400 h' 24 horas  
Dor + dor Impedir Tuz D  
Dor + dor Impedir Tuz D

Exame Físico:

A: Geral via aérea está pélvia? SIM  NÃO

O paciente fala? SIM  NÃO

Temperatura: \_\_\_\_\_

C - NC

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isoconicas  Anisoconicas

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motoria

Glasgow: Abertura Ocular

Escore: TX

Horas:

Escore:

Horas:

Escore:

Horas:

F: Abdome:

T - Tuz - Dor Tonus ???

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

TX - TAC

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

TAC R - Dor Tonus

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

PACIENTE REFERE DOR NAS COSTAS E MID APOS ACIDENTE DE MOTO HA 1 DIA.

Sem riscos

Alergia:

Observação:  
NEGA ALERGIA A MEDICAÇÃO, HAS - DM - PA: 127X72MMHG

Prontuário 100 mg Infusão 100 ml  
Solução 100 ml

Evolução de Enfermagem

TAC R - Dor Tonus  
Tonus no abdômen sem dor  
Sexta - 5626888

\* Destino do paciente ( ) Alta para casa ( ) Encaminhamento ao Ambulatório ( ) Internação ( ) Alta Melhorada ( ) Alta a Pedido  
Transferência para outra unidade ( ) Óbito ( ) Outro  
Condição do Paciente ( ) Maltratado ( ) Inalterado ( ) Piorado

DR. Fábio C. P. G. S. C. M.  
CRM-PB  
Número de Registro: 1448  
Data de Expedição: 05/09/2019

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

Paciente evadiu-se do prédio alegando que tinha uma filha pequena e que não iria pagar transferência hoje, que amanhã procuraria o hospital onde caiende.

Maria Eduarda Monturrojos  
COREN-PE 539643-ENF



HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES  
FONTE: ANTONIO DA SILVA ALMEIDA

Pé Ø 5K  
P.35  
Bom

Sal. Bomber 171V2  
HORA 17:13  
ASS. BOMBER



UNIMED  
SALGUEIRO

PERNAMBUCO

## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Portaria Nível Alfa do Serviço  
CNEB/2418383

Nome: José Manoel de Souza		Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 10/02/1985		Idade: 34 a.
Pai ou Responsável:		
Endereço:		
Cidade: Olinda	Tel.:	Hora do Atendimento: / / H.
DESTINO DO PACIENTE: HRA	SENHA: 5626888.	
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Dígito		
ANAMNESE: Acorda e não liga 24h		
EXAME FÍSICO: Edema importante TNZ D Boa perfusão digital		
DROGAS ADMINISTRADAS: Profenac 100mg Tab 30g		
EXAMES COMPLEMENTARES: TX + TAC		
HD: Fátima Tolosa Diniz		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:		

DATA: 23/02/19

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Engenho Quilombo dos Palmares, BR 101 - Km 185 - Palmares - PE  
CEP: 55540-000 / Fone: (81) 3661-8430



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **JOSÉ MARCONI DA SILVA**, prontuário n° **1163233**, admitido neste hospital em 25/02/2019 com diagnóstico de Fratura de tornozelo direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 28/02/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

Roberta C. de Almeida  
Diretora Técnica  
Hospital Santo Amaro  
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida  
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800  
[www.santacasarecife.org.br](http://www.santacasarecife.org.br)

SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha  
1/2Identificação do Estabelecimento de Saúde  
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

4 - CNES

HSA

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE MARCONI DA SILVA

6 - NÚMERO PROFISSIONAL  
629199

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - PACIENCIA

Masculino

1

Fem

3

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTATO

(P/DO TELÉFONE)

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

(P/DO TELÉFONE)

15 - ENDERECO (RUA, Nº, BARRIO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IRGÉ MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## 20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CÓD. PRINCIPAL

27 - CÓD. SECUNDARIO

28 - CÓD. CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Inj. de creme de Tu (vi + 10) cônus Recur. 04 080 60190  
04 080 60190

30 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Parafusos Esponjosos nº 35/01 ; 45/01

32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-GTOE

0702030724 02

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Arruela

35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36-GTOE

0702030400 01

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38-GTOE

## 41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Devido ao fato posso ser  
o 1º m., fofoca fofoca.

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

José da Rosa

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/01/19

44 - DOCUMENTO

45 - N° DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - CLASSE/ATIVIDADE CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Oncologista  
Carmbo

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

48 - CÓD. ORGÃO EMISOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - N° DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

José da Rosa  
Carmbo

4 - CNS

5 - OPF

CÓD: 1192



Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz de Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Tel/Fax: 3421.5766 - sta-casa@truenet.com.br  
[www.santacasarecife.org.br](http://www.santacasarecife.org.br)

Registro: 629199 Prontuário: 1163233 Data de Nascimento: 14/10/84 Idade: 34 ANO(S)  
Nome do Paciente: **JOSE MARCONI DA SILVA (Laudo para Revisão)** Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: MARIA DA GLORIA DA SILVA  
CPF: 05055184493

Data: 27/02/2019

## EVOLUÇÃO MÉDICA

Recife, 27/02/2019 - 11:46

PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO  
COM FRATURA DE TORNOZELO DIREITO  
HOSPITAL DE ORIGEM HOF  
NEGA ALERGIAS

REALIZOU EXAMES PRÉ-OPRATÓRIO  
SEM QUEIXAS OU ALTERAÇÕES NO MOMENTO

AO BLOCO HOJE.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA  
CRM: 10531



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz de Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Tel/Fax: 3421.5766 - sta-casa@truenet.com.br  
[www.santacasarecife.org.br](http://www.santacasarecife.org.br)

Registro: 629199 Prontuário: 1163233 Data de Nascimento: 14/10/84 Idade: 34 ANO(S)  
Nome do Paciente: **JOSE MARCONI DA SILVA (Laudo para Revisão)** Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: MARIA DA GLORIA DA SILVA  
CPF: 05055184493

Data: 27/02/2019

## BOLETIM OPERATÓRIO

ISQUEMIA DO MID C/ FAIXA DE ESMARCH.ANTISSEPSIA C/ CLOREXIDINA

ALCOOLICA.

INCISAO NA FACE ANTERIOR DO TORNOZELO DIR. HEMOSTASIA. DEVULSIONADO OS PLANOS E ABORDAGEM ARTICULAR.

- OSTEOTOMIA TIBIAL P/MELHOR VISUALIZAÇÃO DO TALUS.

- REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO C/ 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS+ARRUELAS METALICAS.

- RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO ANTERIOR.

SUTURA POR PLANOS = curativo.

IMOBILIZAÇÃO TIPO JONES.

Recife, 27/02/2019-14:38

Dr. MAURO ROBERTO REGUEIRA GOMES PENA  
CRM: 4197

# Santa Casa de Recife

## Relatório Médico de Alta

Nome: JOSE MARCONI DA SILVA

Reg.: 629199

Pront.: 1163233

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 14/10/1984

Idade: 34

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 25/02/2019 21:47

Alta: 28/02/2019 08:49

Admissão:

FRATURA EM TORNOZELO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S82 FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNозELO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS PARA USO OPCIONAL. QUANDO NÃO É POSSIVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPHAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	25/02/2019 21:47	28/02/2019 08:49	3 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº MAURO PENA para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condicão de Alta: Melhorado.

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO

CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado de Vasconcelos Neto  
CRM: 6218

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOSE MARCONI DA SILVA

Data: 09/09/2019

O PACIENTE ACIMA ENCONTRA-SE RECUPERADO E APTO A  
RETORNAR AO TRABALHO.

Dr. Mauro Pena  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 4197

Dr. MAURO ROBERTO REGUEIRA GOMES PENA  
CRM:4197

Scanned with CamScanner

H 133  
A S N T 19  
1390

D 3 L 1g PH  
75840 S A







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

P  
E

NOME

JOSE MARCONI DA SILVA

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1424832449



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
6111998 SSP PE

CPF  
050.551.844-93 DATA NASCIMENTO  
14/10/1984

FILIAÇÃO

LEONARDO CAETANO DA SI  
LVA  
MARIA DA GLORIA DA SIL  
VA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

02712670502

VALIDADE

23/05/2022

1ª HABILITAÇÃO

22/01/2003

OBSERVAÇÕES

EAR

*josimarconi da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

PALMARES, PE

DATA EMISSÃO

26/05/2017



Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

94068117816  
PE079146325

PROIBIDO PLASTIFICAR

1424832449

PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

Nº 014486758826

DETAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO

1 1137019350 \*\*\*\*\* 2019

NOME  
TACIANA TORRES COMBES DA SILVA

CATEGORIA - PE PLACA  
CPF / CNPJ PCA5013

040.497.614-08 CHASSI

PLACA ANT / UF \*\*\*\*\* /PE 9C2RF2210JR001346

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS /MOTONETA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/PCK 150 DLX 2017 2018

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

I COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS  
P V A IPVA 2019 QUITADO 1\* \*\*\*\*\*  
V FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2\* \*\*\*\*\*  
A 1 \*\*\*\*\* 3\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
80.11 0.32 84.58 15/01/19

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA  
DOCUMENTO DE FORTALEZA OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA  
CATENDE 19/01/19

Marco de Souza Costa Correia

Dir. Presidente em Exercício DETAN/PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190581173      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARCONI DA SILVA      **Data do acidente:** 22/02/2019      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL  
SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTE OSSÍNTESE COM PARAFUSOS. ALTA.  
P 6/9/11.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:** P 11.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190581173      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARCONI DA SILVA      **Data do acidente:** 22/02/2019      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL  
SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTE OSSÍNTESE COM PARAFUSOS. ALTA.  
P 6/9/11.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

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

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** P 11.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 14 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190581173**

**Vítima: JOSE MARCONI DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE MARCONI 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.**

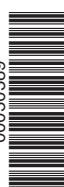
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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](http://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, 25 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190581173** Vítima: JOSE MARCONI DA SILVA

**Data do Acidente: 22/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE MARCONI DA SILVA**

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: JOSE MARCONI DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000115-5

Conta: 000010023846-7

Tipo: CONTA POUPANCA

**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](http://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: 4 - Nome completo da vítima:  
**050.551.844-93** **JOSÉ MARCONI DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **JOSÉ MARCONI DA SILVA** 6 - CPF: **050.551.844-93**  
 7 - Profissão: **AUX. DE ESCRITÓRIO** 8 - Endereço: **RUA MANOEL SABINO DOS SANTOS** 9 - Número: **44** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **CANAA** 12 - Cidade: **CATENDÉ** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55400-000**  
 15 - E-mail: **(81) 99307-0560**

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0115** **5** CONTA: **23.846** **5**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos, informar <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nasцturo (nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avôs vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Inscrição digital na vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RECIFE, 11 DE OUTUBRO DE 2019**

**José Marconi da Silva**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGAÇÃO DE POLÍCIA DA 004ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESPINHEIRO - DP4ªCIRC  
DIM/2ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0094001625**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/07/2019** às **09:26**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **22/2/2019** às **12:15**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, BR 232 SENTIDO RECIFE** - Bairro: **CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROX AO PARQUE DAS VAQUEJADAS**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 232**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
TACIANA TORRES GOMES DA SILVA ( OUTRO )  
JOSE MARCONI DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MARCONI DA SILVA

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

---

**JOSE MARCONI DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA GLORIA DA SILVA**  
Pai: **LEONARDO CAETANO DA SILVA** Data de Nascimento: **14/10/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6111998/SSP/PE (RG), 05055184493 (CPF), 02712670502 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 993070560**

Endereço Residencial: **RUA MANOEL SABINO DOS SANTOS , 44 - CEP: 0 - Bairro: CANAA - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**TACIANA TORRES GOMES DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

---

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **TACIANA TORRES GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MARCONI DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: MARROM - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCA5013 (PERNAMBUCO/CATENDE) Chassi: 9C2KF2210JR001346  
Ano Fabricação/Modelo: 2017/2018 Combustível: GASOLINA  
Descrição: MODELO PCX/150

Complemento / Observação

**RELATA O QUEIXOSO QUE CONDUZIA O VEICULO EM RODOVIA BR 232 QUANDO PERDEU O CONTROLE E CAIU NA RODOVIA, QUE APÓS O ACIDENTE MESMO ACIDENTADO CONDUZIA O VEICULO ATÉ A SUA RESIDÊNCIA E NO DIA SEGUINTE PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO SENDO ATENDIDO NO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES. CASO AFETO A DELEGACIA DE BEZERROS**

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

*JOSE MARCONI DA SILVA*  
**JOSE MARCONI DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADILSON FERREIRA DA SILVA** - Matrícula: 350726-2



# 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: 4 - Nome completo da vítima:  
**050.551.844-93** **JOSÉ MARCONI DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **JOSÉ MARCONI DA SILVA** 6 - CPF: **050.551.844-93**  
 7 - Profissão: **AUX. DE ESCRITÓRIO** 8 - Endereço: **RUA MANOEL SABINO DOS SANTOS** 9 - Número: **44** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **CANAA** 12 - Cidade: **CATENDÉ** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55400-000**  
 15 - E-mail: **(81) 99307-0560**

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0115** **5** CONTA: **Q3.846** **5**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos, informar <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nasцturo (nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avôs vivos?

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RECIFE, 11 DE OUTUBRO DE 2019**

**José Marconi da Silva**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

Pernambuco

Hospital

Mais Unicórnio

Data do Atendimento: 23/02/2019

Hora: 16:52:37

Urgência / Emergência  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 253812

Colaborador: VIVIANE KLS

CNS: 898003462815352

Sexo: Feminino

Nº. Atendimento: 833276  
Prioridade: VERDE - NÃO URGENTE

Nome: JOSE MARCONI DA SILVA

Idade: 34 Anos, 4 Meses e 9 Dias

C.I.:

/ LEONARDO CAETANO DA SILVA

Data de Nascimento: 14/10/1984

MARIA DA GLORIA DA SILVA

País ou responsáveis:

RUA MANOEL SABINO DOS SANTOS, 44 - CANAA/ - 55400000

Endereço:

Cidade: CATENDE

Tel.: 8193070560

Hora do Atendimento: 17:00 Hs

Queixa Principal:

Dor subite 400 h' 24 horas  
Dor + dor Impedir Tuz D  
Dor + dor Impedir Tuz D

Exame Físico:

A: Geral via aérea está pélvia? SIM  NÃO

O paciente fala? SIM  NÃO

Temperatura: \_\_\_\_\_

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isoconicas  Anisoconicas

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motoria

Escore: D - NK

Escore: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Escore: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

E: Abdome:

D - NK - Dor Larva - Sem alterações.

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

D - TAC

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

TAC R - Dor Tonus Tonus com dor

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

PACIENTE REFERE DOR NAS COSTAS E MID APOS ACIDENTE DE MOTO HA 1 DIA.

Sem alterações

Alergia:

Observação:  
NEGA ALERGIA A MEDICAÇÃO, HAS - DM - PA: 127X72MMHG

Próstata 100 mg Infusão 100 mg  
Sulfato de zinc 100 mg

Evolução de Enfermagem

D - Dor Bola  
Tonus no os articol s liga  
HRA Senh - 5626888

\* Destino do paciente ( ) Alta para casa ( ) Encaminhamento ao Ambulatório ( ) Internação ( ) Alta Melhorada ( ) Alta a Pedido  
Transferência para outra unidade ( ) Óbito ( ) Outro  
Condição do Paciente ( ) Maltratado ( ) Inalterado ( ) Piorado

Dra. Fátima CRP/PE  
CRM/PE  
Dra. Fátima CRP/PE  
CRM/PE

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

Paciente evadiu-se do prédio alegando que tinha uma filha pequena e que não iria pagar transferência hoje, que amanhã procuraria o hospital onde caiende.

Maria Eduarda Monturrojos  
COREN-PE 539643-ENF



HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES  
FONTE: ANTONIO DA SILVA ALMEIDA

Pé Ø 5K  
P.35  
Bom

Sal. Bomber 17112  
HORA 17:13  
ASS. [Signature]

## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: José Manoel de Souza  
Sexo: Masculino  
Data de Nascimento: 01/01/1985  
Idade: 34 a. C.I.: RG 253812

Pai ou Responsável:

Endereço:

Cidade: Olinda Tel.: Hora do Atendimento: / H.

DESTINO DO PACIENTE: HRA SENHA: 5626888.

## MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Dígito

ANAMNESE: Acorda e não liga 24h

EXAME FÍSICO: Edema importante TNZ D  
Bco perfurado dígitos

DROGAS ADMINISTRADAS: Profenac 100mg  
Tab 300

EXAMES COMPLEMENTARES: TX + TAC

HD: Fátima Tolosa Diniz

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:



DATA: 23/02/19

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARCONI DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00115-5

CONTA: 000010023846-7

---

Nr. da Autenticação 2093BC33EFEA7523