

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

DATA DE VENCIMENTO

18/09/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

10/09/2019

CONTA CONTRATO

7006831049

ENDEREÇO

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

TOTAL A PAGAR

R\$ 34,66

DATA DA APRESENTAÇÃO

10/09/2019

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

NÚMERO DA NOTA FISCAL

076711599

PERÍODO CONSUMO

09/08/2019 a 10/09/2019

CONSUMO

38

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 7,94

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7006831049

MÊS/ANO

09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 34,66

VENCIMENTO

18/09/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

838400000006 346600110076 006831049102 141852995931



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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, 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 CATENDÉ, no Estado de

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

RUA 15 DE NOVE ANO, 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 Registral e
Notarial de Catende

Local e Data:

Catende, 10/07/2019

Taciana Torres Gomes da Silva

Assinatura do Declarante

Jose Marconi da Silva

Assinatura do Condutor

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

SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE CATENDÉ-PE

Titular: FÁBIO POCCHI BARJA

Telefone: (41) 99552-2001

Reconheço por Autenticidade a firma de TACIANA TORRES
GOMES DA SILVA, Dou fé. Catende/PE, 10/07/2019. Emol:
R\$ 3,59; TERN: 0,80; FERM: R\$ 0,04; MUNSEG: R\$ 0,08;
FERO: 0,40; Total: R\$ 4,91

Selo: 0130459.SIF10201801.00904 10/07/2019 10:44:10
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife

HOSPITAL SANTO AMARO

Convênio SUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:

Desejamos da filha

Geniotopia:

- bloqueio funcional do
traxo min. (ps. fatura
do estagado).

go (vite) secret,

Dr. Mauro Pena
Otorrinolaringologista - Transcricao
CRM-PE 4125

29/04/19

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 / Médico do Trabalho
CRM: 16.424

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
www.clinicanucleosaude.com.br

Pernambuco

HRP

MARQUESE

Data do Atendimento:

23/02/2019

Hora: 16:52:37

PRONTUÁRIO: 253812

Colaborador: VIVIANEKL

CNS: 898003462815352

Sexo: Feminino

Id. 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

Pais ou responsáveis: MARIA DA GLORIA DA SILVA

Endereço: RUA MANOEL SABINO DOS SANTOS, 44 - CANAAI - 55400000

Cidade: CATENDE Tel.: 8193070560

Hora do Atendimento: 17:00 Hs

Queixa Principal:

Redo acidente 12h há 24 horas
Dor + idema importante T12 (D)
Boa perfusão distal
Lombalgia / Fratura (E)

Exame Físico:

A: Geral via aerea esta perva? 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 Motora

Score:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

TAC T1 - Fratura T12 com lesão

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

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

Alergia:

Observação:

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

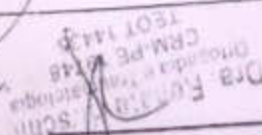
Evolução de Enfermagem

CD. Tab 300
Transf no no antio 2 litg
HRA Serio - 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

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura



Paciente evadui-se do setor alegando que
tinha uma filha pequena e que não iria para
transferência hoje, que amanhã procuraria o
hospital de catende.

Maria Eduarda Montarroyos
CORENPE 539643-ENF



HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES
FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES
FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA

REF: Pê ① SVC
HORA: 18:35
ASS: Bona

TIP: del. Lombardi 1.4.19.2
HORA: 17:19
ASS: [Signature]

SINCODE
SAÚDEPERNAMBUCO
SISTEMA DE SAÚDE

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

■■■■■■■■■■

Parque Moinho do Rio São
CNES-2418363

Nome: Jane Marconi de Silva Sexo: R
Data de Nascimento: 34 Idade: 34 C.I.: Riz 2538R
País ou Responsável: _____
Endereço: _____ Hora do Atendimento: _____ H.
Cidade: Caruaru Tel.: _____

DESTINO DO PACIENTE:

HRA.

SENHA:

5626888.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Atendimento

ANAMNESE:

Audição e voz há 24h

EXAME FÍSICO:

Edema importante TNE (D)
Boa perfusão distal

DROGAS ADMINISTRADAS:

Proferim 100mg
Tob 300.

EXAMES COMPLEMENTARES:

TX + TAC

HD:

Fígado Tóxico Direto

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

EXPRESSO GRÁFICA - (011) 3662-3496

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **JOSÉ MARCONI DA SILVA**,
prontuário nº 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
CRMPE - 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

SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CRES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HSA

4 - CRES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSÉ MARCONI DA SILVA

6 - Nº DO PROCEDIMENTO

629199

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO RUA, Nº, BAIRRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO 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 - CID 10 PRIMÁRIO

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

X SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRIMÁRIO

Inst. de fratura de Tálus + bota gesso + Recurr. 04 080 50 500

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRIMÁRIO

04 080 50 150

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI ESCL. DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

diária

04 080 50 144

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Parafusos Esponjoso nº 35/01 ; 45/01

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0 7 0 2 0 3 0 7 2 4 0 2

34 - QTOE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Arruela

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0 7 0 2 0 3 0 0 4 0 0 1

37 - QTOE

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTOE

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Prévia de foto posado
e m. , posado fixado

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Lise do Rego

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27.01.19

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Assinatura e Carimbo
do Conselho
CNS/CPF

() CNS () CPF

11415126483

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

() CNS () CPF



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

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

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

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 TORNOZELO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS PARA USO OPCIONAL QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS 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;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO

CRM: 6218



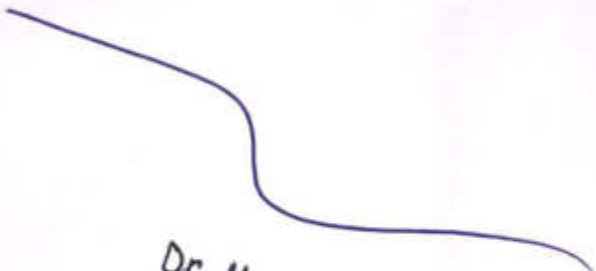
Dr. Azarias Salgado
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 6218

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













REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARRERA NACIONAL DE HABILITACAO



PE

NOME

JOSE MARCONI DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. 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

Jose Marconi da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

PALMARES, PE

DATA EMISSÃO

26/05/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

94068117816
PE079146325

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1424832449



PROIBIDO PLASTIFICAR

1424832449

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014486758826

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

COD. RENAVAM

RNTRC

EXERCÍCIO

1

1137019350

2019

NOME

TACIANA TORRES GOMES DA SILVA

CATENDE-PE

CPF / CNPJ

PLACA

040.497.614-08

PCA5013

PLACA ANT / UF

CHASSI

***** / PE

9C2RF2210JR001346

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PAS / MOTONETA

GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

HONDA/PCX 150 DLX

2017

2018

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/149CL

PARTIC

MARROM

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

IPVA 2019 QUITADO

1ª *****

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

1

3ª *****

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 PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL

DATA

CATENDE

19/01/19

Marcelo Guter da Costa Correia

Diretor Presidente em Exercício DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE 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

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

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 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: 050.551.844-93 4 - Nome completo da vítima: 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: CANAÁ 12 - Cidade: CATENDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55400-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (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:

☒ 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)

AGÊNCIA: 0115 5 CONTA: 03.846 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (a) nascido? ☐ 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

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
José Marconi da Silva

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 POLICIA 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 - Culposos (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: 050.551.844-93 4 - Nome completo da vítima: 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: CATENDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55400-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (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:

☒ 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)

AGÊNCIA: 0115 5 CONTA: 03.846 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
José Marconi da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Pernambuco

HRP

MARQUESE

Data do Atendimento:

23/02/2019

Hora: 16:52:37

PRONTUÁRIO: 253812

Colaborador: VIVIANEKL

CNS: 898003462815352

Sexo: Feminino

Id. 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

Pais ou responsáveis: MARIA DA GLORIA DA SILVA

Endereço: RUA MANOEL SABINO DOS SANTOS, 44 - CANAAI - 55400000

Cidade: CATENDE Tel.: 8193070560

Hora do Atendimento: 17:00 Hs

Queixa Principal:

Redo acidente 12h há 24 horas
Dor + idema importante T12 (D)
Boa perfusão distal
Lombalgia / Fratura (E)

Exame Físico:

A: Geral via aerea esta perva? 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 Motora

Score:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

TAC R1 - Fratura T12 com lesão

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

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

Alergia:

Observação:

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

Evolução de Enfermagem

CD. Tab 300
Transf no no antio 2 litg
Selo - 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

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

CONFERE COM O ORIGINAL
05/09/19

Paciente evadui-se do setor alegando que
tinha uma filha pequena e que não iria para
transferência hoje, que amanhã procuraria o
hospital de catende.

Maria Eduarda Montarroyos
CORENPE 539643-ENF



HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES
FUNDAÇÃO MANOEL DE SILVA ALMEIDA

TIPO Pe @ SVC
HORA 18:35
ASS Bona

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES
FUNDAÇÃO MANOEL DE SILVA ALMEIDA

TIPO del. Lombar 1.4 TVZ
HORA 17:19
ASS [Signature]

SINCODE
SAÚDE

PERNAMBUCO

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

■■■■■■■■■■

Parque Moinho do Rio São
CNES-2418363

Nome: Jane Marconi de Silva Sexo: R
Data de Nascimento: 34 Idade: 34 C.I.: Riz 2538R
País ou Responsável: _____
Endereço: _____ Hora do Atendimento: _____ H.
Cidade: Caruaru Tel.: _____

DESTINO DO PACIENTE:

HRA.

SENHA:

5626888.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Atendimento

ANAMNESE:

Audiência a 10h h 24h

EXAME FÍSICO:

Exame Importante TNE (D)
Boa perfusão sistol

DROGAS ADMINISTRADAS:

Proferir 100mg
Tob 300.

EXAMES COMPLEMENTARES:

TX + TAC

HD:

Fisioterapia Torax Direita

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

EXPRESSO GRÁFICA - (011) 3662-3496

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