

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
 DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DE VEÍCULOS
 DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DE VEÍCULOS

VALIDADEZ: 1479200416
 O TÍTULO É VÁLIDO PARA:

1479200416

PROTEÇÃO PLÁSTICA

1479200416

PERNAMBUCO

CONTRAN

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



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

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

873244580

NOME
JERIMISON JOSE NERI DE LIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

6312050 SSP PE

CPF

049.520.594-05

DATA NASCIMENTO

10/03/1985

FLIAÇÃO

FLAVIO GOMES DE LYRA

YARACI NERI DE LYRA

PERMISSÃO

ACC

CAE HAB

AB

1ª REGISTRO

03199667329

VALIDADE

14/04/2019

1ª HABILITAÇÃO

19/02/2004

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

14/04/2014

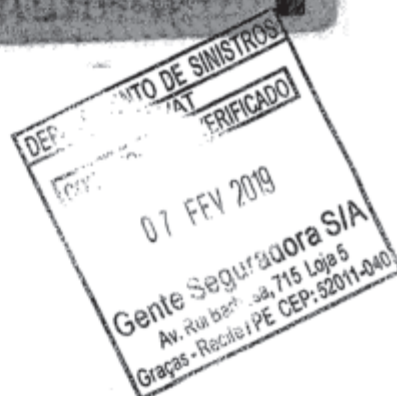
ASSINATURA DO EMISSOR

25661270788
PE039278494

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR

873244580





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

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

873244580



IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

NOME: FLAVIO SOARES DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 10/04/1971

ENDEREÇO: RUA BARBOSA, 715 LOJA 5

CPF: 021.884.871-28

DATA DE EMISSÃO: 10/04/2011

VALIDADE: 10/04/2016

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO

873244580

ASSINATURA DO TITULAR

[Handwritten Signature]

OLIMAR PEREIRA MASCOTI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONFÉRMICAÇÃO DE SINISTRO
23 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONFÉRMICAÇÃO DE SINISTRO
07 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

MARCELO MATY PEREIRA DA SILVA

CPF: 9239445-828 PE
DATA NASCIMENTO: 10/12/1992

JOSE RIZZO DA SILVA
MIRIAM NOURA PEREIRA D A SILVA

CPF: 05754606597
DATA NASCIMENTO: 25/06/2012
DATA EMISSÃO: 16/04/2013

MARCELO MATY PEREIRA DA SILVA

LOCAL: JARACATÓ DOS GUARARAPES, PE
DATA EMISSÃO: 18/06/2017

PERNAMBUCO

1479200416

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014084780606
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RA - CDS - REMAN - EXERCÍCIO
1 218046723 2018

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

JAB GUARARAPES-PE

109.403.284-02 KHA8049

PLACA ANT/UF ***** 902JJC4110AR649578

END MOTOCICLETA GASOLINA

HONDA/CG 125 PAN K3 2010 2010

29/12/10L PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC COTA ÚNICA VENC/COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1* *****
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2* *****
A 3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO FAGO

SEM RESERVA

Charles Andrews Sousa Figueira

JAB GUARARAPES-PE 18/09/18

Charles Andrews Sousa Figueira

DETRAN - PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA PÙBLICA SEM CARGA E PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAOC INCLUIDO DPVAT

PE Nº 014084780606 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCELO MAYK PEREIRA 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

JAB GUARARAPES-PE 2018 18/09/18

1 109.403.284-02 KHA8049

218046723 HONDA/CG 125 PAN K3

2010 09 902JJC4110AR649578

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) COT (R\$) COTA SERVIÇO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA PARCELAMENTO PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SEM NAO E DE PORTA OBRIGATORIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife/PE CEP: 52011-040

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN Nº 014084780606
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO

EXERCÍCIO 2018

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

JNS 600

100 600

PLACA RMA8048

13BR43578

MOTOCICLA

GASOLINA

REGISTRO DE VEICULO

2010 (2018)

DATA DE EMISSÃO

25/12/2018

VERMELHA

DATA ÚNICA

VEN. COTAS

1ª SEVA 2018 PULTRÃO

1ª *****

2ª PARA TPA/OUTROS DESEMPENHOS

2ª *****

3ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO GERAL

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RECEBIMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

DATA

18/09/18

DETRAN Nº 014084780606

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO

PE Nº 014084780606 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCELO MAYK PEREIRA 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

JAB GUARARAPES PE 2018

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 18/09/18

1

CPF / CNPJ 199.403.284-02

PLACA RMA8048

RENAVAM 218046723

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN #3

ANO FAB 2010

09

Nº CHASSI RC2JC4110AR643578

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

CPF (R\$)

TOTAL A SER PAG. (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE EXPIRAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

POIS NÃO É VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE NACIONAL VERIFICADO
07 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040

2007年12月31日

01248588

DEPT. OF COMMERCE - BUREAU OF COMMERCE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
07 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190341908 **Cidade:** São José da Coroa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA - PÁG. 1, COM DATA DE 20/05/2019, EMITIDA PELO DR. LÉCIA LIMA, CRM Nº 20615, DO HOSPITAL GUARARAPES, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190105845 **Cidade:** São José da Coroa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA METAEPIDIAFISÁRIA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUÍDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190341908 **Cidade:** São José da Coroa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA - PÁG. 1, COM DATA DE 20/05/2019, EMITIDA PELO DR. LÉCIA LIMA, CRM Nº 20615, DO HOSPITAL GUARARAPES, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE marcelo mayk Pereira da Silva

Brasileiro (a), estado civil solturo, profissão mecânico

Residente e domiciliado à Rua João Costa do Sol

Nº 20, Bairro Costa do Sol Município de São J. da Boa Vista Grande

Estado de Pernambuco CEP 55.565-000 Portador (a) do

RG Nº 9.239440 SSP/ PE e CPF Nº 109.403.284-02

OUTORGADO: Jeimison José Neri de Lyra, brasileiro, casado, advogado, residente domiciliado à Rua JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, 111 A – CENTRO – BARREIROS - PE, estado de Pernambuco, CEP 55560-000, portador do RG Nº 6312850 SSP/PE e CPF Nº 049.520.594-05.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) marcelo mayk Pereira da Silva

ocorrido em 03/03/2019 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Barreiros, 20, primeiro de 20 19.

x MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

OUTORGANTE

CPF Nº 109.403.284-02

MARIA LUIZA DE MORAES COSTA

2ª Tabeliã de Notas, Oficiala do

Registro de Títulos e Documentos do 2º Ofício

Outros Papeis e Processos de 1º Ofício

Fernando Gilberto L. de Moraes Sobrinho

Reconheço a autenticidade a letra firma de MARCELO

MAYK PEREIRA DA SILVA. Dou fé. Em Teste da

variedade de assinaturas de Maria Luiza de Moraes Costa. Tabela Titular.

Emolumento: R\$ 3,26 Tabela PERC 0,37

Fone: 3675.1481

Selo: 0076372.YOD01201902.00725 29/01/2019 10:31:53

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE marcelo mayk Pereira da Silva

Brasileiro (a), estado civil solteiro, profissão mecânico

Residente e domiciliado à Rua Bo. Costa do Sol

Nº 20, Bairro Costa do Sol Município de São J. da Boa Vista

Estado de Pernambuco CEP 55.565-000 Portador (a) do

RG Nº 9.239.440 SSP/ PE e CPF Nº 109.403.284-02

OUTORGADO: Jeimison José Neri de Lyra, brasileiro, casado, advogado, residente domiciliado à Rua JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, 111 A – CENTRO – BARREIROS - PE, estado de Pernambuco, CEP 55560-000, portador do RG Nº 6312850 SSP/PE e CPF Nº 049.520.594-05.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) marcelo mayk Pereira da Silva

ocorrido em 02/03/2019 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Barreiros, 02, março de 20 19.

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

OUTORGANTE

CPF Nº 109.403.284-02

MARIA LUIZA DE MORAES COSTA

2ª Tabeliã de Notas, Oficiala do

Registro de Títulos e Documentos 2º ofício

Outros Papais e Protestos de Títulos

Fernando Alberto L. de Moraes Sobrinho

Reconheço a autenticidade a letra firma de MARCELO

MAYK PEREIRA DA SILVA. Dou fé. Em Test. da

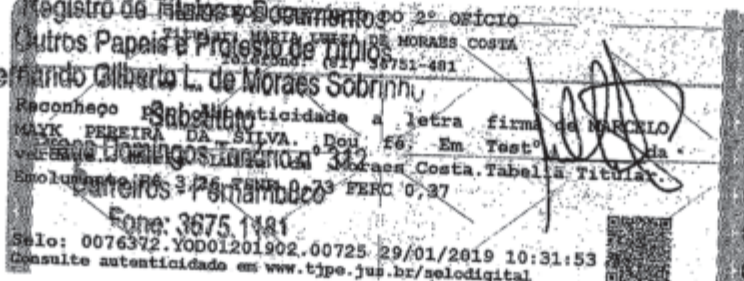
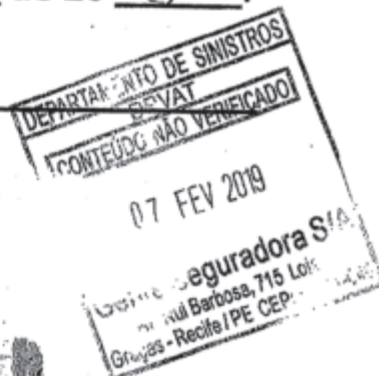
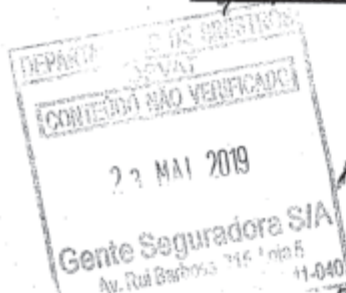
Emolumento R\$ 3,26 - Tabela de Emolumentos - 2018

Barreiros - Pernambuco

Fone: 3675.1181

Selo: 0076372.YOD01201902.00725.29/01/2019 10:31:53

consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045397/19

Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

CPF: 109.403.284-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2019

Titular do CPF: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

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

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA : 109.403.284-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/02/2019
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174895/19

Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

CPF: 109.403.284-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2019

Titular do CPF: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

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

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA : 109.403.284-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341908

Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO MAYK PEREIRA 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, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190341908

Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341908

Vítima: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 109.403.284-02 Nome completo da vítima: marcelo mayk pereira da silva

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

Nome completo: marcelo mayk pereira da silva CPF: 109.403.284-02
Profissão: mecânico Endereço: lot. costa do sol Número: 20 Complemento: _____
Bairro: costa do sol Cidade: São J. da Boa Grande Estado: PE CEP: 55.565-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2324 CONTA: 030052656
(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.

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

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 no laudo apresentado, 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado _____ Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
x Marcello Mayk Pereira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

109.403.284-02

marcelo mayk pereira da silva

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel.(DDD):

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐

ATÉ R\$1.000,00

☐

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐

Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒

Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0324

☐

CONTA:

030052656

☐

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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 decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEP. Nº 109.403.284-02
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

Seguradora Líder
Av. Rio de Janeiro, 115
Graciosa - RJ CEP: 20.000-000

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE -
DP82ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0172000092

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/01/2019 às 10:27

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

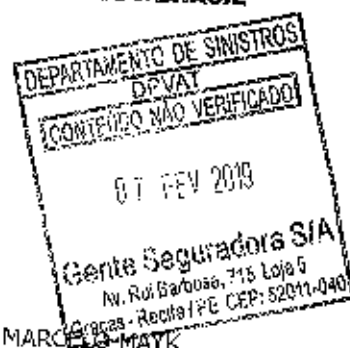
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE, 1, SAOJOSE DA COROA GRANDE PE - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PE 60**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA



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

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA** Pai: **JOSE BISPO DA SILVA** Data de Nascimento: **29/12/1992** Naturalidade: **BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **18940328402 (CPF), 05755606597 (CNPJ)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **985009324**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE, 20, LOT COSTA DO SOL N20, SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE PE - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO /BRASIL, PROX A IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHA804R** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **215046723** Chassi: **9C2JC4110AR643578**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMOU O SR MARCELO MAYK PERREIRA DA SILVA QUE: NO DIA 01/01/2019 SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO, O MESMO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RODOVIA PE89 PROXIMO AO POSTO DE QUIRINO QUANDO DE REPENTE SURTIU UM CACHORRO EM SUA FRENTE, MOMENTO ESSE QUE A MOTO COLIDIU COM O ANIMAL E O CONDUTOR CAINDO SOFRENDO VARIAS LESOES QUE SEGUEM EM ANEXO FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BARREIROS JAILTON MESSIAS DE SOUZA ALBUQUERQUE, REGISTRO Nº312652 E UNIDADE MISTA OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, SAO JOSE DA COROA GRANDE, REGISTRO Nº177066.

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

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

B.O. registrado por: MARCONE JOSE ALVES DA SILVA - Matrícula: 3854264






GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE -
DP82ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0172000092

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/01/2019 às 10:27

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

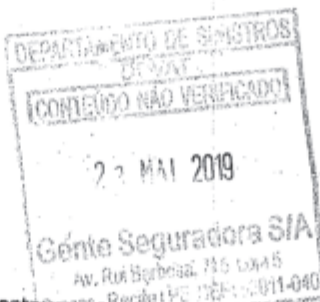
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 1, SAO JOSE DA COROA GRANDE PE - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PE 60**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA



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

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA Pai: **JOSE BISPO DA SILVA** Data de Nascimento: **20/12/1992** Naturalidade: **BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10940328402 (CPF), 05755606597 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 995009324**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 20, LOT COSTA DO SOL N20, SAO JOSE DA COROA GRANDE PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO /BRASIL, PROX A IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHA8048** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **218046723** Chassi: **9C2JC4110AR643578**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMOU O SR MARCELO MAYK PERREIRA DA SILVA QUE: NO DIA 01/01/2019 SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO, O MESMO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RODOVIA PE60 PROXIMO AO POSTO DE QUIRINO QUANDO DE REPENTE SURTIU UM CACHORRO EM SUA FRENTE, MOMENTO ESSE QUE A MOTO COLIDIU COM O ANIMAL E O CONDUTOR CAINDO SORENDO VARIAS LESOES QUE SEGUEM EM ANEXO FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BARREIROS JAILTON MESSIAS DE SOUZA ALBUQUERQUE, REGISTRO N°312652 E UNIDADE MISTA OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, SAO JOSE DA COROA GRANDE, REGISTRO N°177066.

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

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

B.O. registrado por: MARCONE JOSE ALVES DA SILVA - Matrícula: 3854264

[Handwritten signature]



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 109.403.284-02 Nome completo da vítima: marcelo mayk pereira da silva

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

Nome completo: marcelo mayk pereira da silva CPF: 109.403.284-02
Profissão: mecânico Endereço: lot. costa do sol Número: 20 Complemento: _____
Bairro: costa do sol Cidade: São J. da Boa Grande Estado: PE CEP: 55.565-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2324 CONTA: 030052656
(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.

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

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 no laudo apresentado, 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 FEV 2019
Gente Seguradora S
Rua Barbosa, 715 Loja 1
Grças - Recife PE CEP: 520

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado _____ Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
x Marcello Mayk Pereira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 109.403.284-02 Nome completo da vítima: marcelo mayk pereira da silva

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

Nome completo: marcelo mayk pereira da silva CPF: 109.403.284-02
Profissão: mecânico Endereço: 204. Costa do Sol Número: 20 Complemento: _____
Bairro: Costa do Sol Cidade: 303 J. da Lavoura Grande Estado: PE CEP: 55.565-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2324 CONTA: 0130052656
(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.

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 no documento apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO:
X MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



UNIDADE MISTA OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA
JOÃO FRANCISCO DE MELO, CENTRO, São José da Coroa Grande - PE
CEP: 55565-000, Fone: (81) 3688-1346

FICHA DE ATENDIMENTO

177066	Data e Hora do Atendimento: 01/01/2019 às 17:29:00	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: Urgência Geral
--------	--	--	----------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000082911 - MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

CNS: Nascimento: 20/12/1992 Idade: 26 anos Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: MECANICO Naturalidade: BARREIROS Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Ignorado Filiação: Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA COSTA DO SOL, N°. Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: São José da Coroa Grande UF: PE Telefone:

Acompanhante: JOSE BISPO

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: PSF Mata do Cajueiro Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: 01/01/2019 Hora: 17:45 Médico: CRM: 14650

Queixa Principal:

HDA:

Paciente ficou caindo a
rua do punho esquerdo, após queda de
moto.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.:
----------	--	--	--------

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

CONTUSÃO DE ANTÉBRIO

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Exame realizado por
Dr. RY

Ass. Médico + Perim

Luiz Antonio - Perim
Clínico
CRM: 11.550 - CREMAL 449

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Car

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

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

Transferido para:

Internado na Clínica:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhor

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:



Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

FICHA DE ATENDIMENTO

177066	Data e Hora do Atendimento: 01/01/2019 às 17:29:00	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: Urgência Geral
--------	--	--	----------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000082911 - MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

CNS: Nascimento: 20/12/1992 Idade: 26 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: MECANICO Naturalidade: BARREIROS Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Ignorado
Filiação: Pai: Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA COSTA DO SOL, Nº. Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: São José da Coroa Grande UF: PE Telefone:

Acompanhante: JOSE BISPO

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: PSF Mata do Cajueiro Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: 01/01/2019 Hora: 17:45 Médico: CRM: 116501

Queixa Principal:

HDA:

Paciente faz cair a
mão do punho esquerdo, após queda de
moto.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.:
B: Respiratório			
C: Circulatório			
PA:	x	mm/Hg	Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escala: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escala: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escala: Hora:

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

CONTUSÃO DE ABDÔMEN

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimen

Tratamento/Procedimento:

Examinado por
Dr. R.

Ass. Médico +

Ass. Clínico
CRM: 11.550 - CREMAL

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + C

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

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

☐ Curado ☐ Melh

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piora

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

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 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE BISPO DA SILVA

CPF: 179.160.974-00

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LÔ COSTA DO SOL 20

COSTA DO SOL/SÃO JOSE DA COROA GRA
SÃO JOSE DA COROA GRANDE PE
55565-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
042879218	ÚNICA	15/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/12/2018	2011285420	5785888

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7006424737	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE RECEBIMENTO
21/12/2018	14/01/2019
TOTAL A PAGAR	79,06

RESUMO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	97,0000000	0,73875354	71,85
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,72
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,08
ICMS Subvenção-CDE-NF 036081131-15/10/18			0,53
Multa por atraso-NF 036880034 - 13/11/18			1,58
Juros por atraso-NF 036880034 - 13/11/18			0,34
Atualização IGPM-NF 036880034 - 13/11/18			0,17

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										79,06
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
318044178	CAT	13/12/2018	543,00	15/12/2018	640,00	32	1,00000		97,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE CÁLCULO				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Mês/Ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	R\$	%	
DEZ 18 97	ICMS			Geração de Energia	R\$ 22,85	28,91%	
NOV 18 382	PIS	72,37	25,00	Transmissão	R\$ 3,38	4,27%	
OUT 18 60	COFINS	72,37	0,71	Distribuição (Celpe)	R\$ 15,82	20,01%	
SET 18 80		72,37	3,81	Perdas de Energia	R\$ 4,08	5,16%	
AGO 18 105				Energias Renováveis	R\$ 14,20	18,08%	
JUL 18 67				Tributos	R\$ 21,27	26,93%	
JUN 18 66				Total	R\$ 77,57	98,00%	
MAI 18 111							
ABR 18 83							
MAR 18 115							
FEV 18 82							
JAN 18 93							
DEZ 17 103							

Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais próximo de você! Formas de pagamento: em espécie, depósito em nome de João Francisco de Melo 123 contra o nome João José, av. João Francisco de Melo nº 320 (33 central) ou em www.celpe.com.br. Na data de leitura e emissão em vigor é a Verde. Mais informações em www.celpe.com.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa (2% sobre o valor devido) e juros (1% ao mês) e atualização monetária no índice INPC. Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de 15 dias para os padrões de atendimento.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
NÃO VERIFICADO
07 Fev 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-0401

2a VIA

celpe
Grupo Neoenergia
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 JEIMISON JOSE NERY DE LYRA CPF: 049.520.594-05	DATA DE VENCIMENTO 28/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 213,48	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/01/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/01/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 045263940	CONTA CONTRATO 007003590261 Nº DO CLIENTE 2810385703 Nº DA INSTALAÇÃO 0005208593
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOAO B VASCONCELOS 111 -A CENTRO/BARREIROS 55560-000 BARREIROS PE		
CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Trifásico			
RESERVADO AO FISCO CFD0.FE34.3A51.C884.6DDF.3095.B5C2.BFC2			
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			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		265,00	0,71979022	190,74
Contrib. Ilum. Pública Municipal				22,74
TOTAL DA FATURA				213,48

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS			PIS			COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
190,74	25,00	47,68	190,74	0,45	0,85	190,74	2,09	3,98	

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52156020		kWh
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		JAN 19	265
Gerção de Energia	R\$ %	DEZ 18	204
Transmissão	61,00 32,39	NOV 18	437
Distribuição (Célpe)	9,15 4,80	OUT 18	207
Encargos Setoriais	42,80 22,44	SET 18	480
Encargos Setoriais	11,02 5,78	AGO 18	649
Tributos	52,51 27,53	JUL 18	659
Perdas de Energia	13,46 7,06	JUN 18	628
TOTAL	190,74 100	MAI 18	622
		ABR 18	610
		MAR 18	642
		FEV 18	687
		JAN 18	819

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	VARIÁVEL	CONSUMO kWh	DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA										
000000063120423648	CAT	07/12/2018	92.824,00	04/01/2019	93.089,00	28	0,0000	0,00	0,00	DIC-No. de horas sem Energia	BARREIROS	0,00	6,03	12,06	24,12
000000003120423648	CRT	07/12/2018	62.971,00	04/01/2019	62.971,00	28	0,0000	0,00	0,00	FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,85	13,70
										DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,54	0,00	0,00
										DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2019										EDU-Valor do Encargo de Uso = R\$ 72,85					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.															

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você misso costa foto e video: rua dom luiz no 380 centro / mmi variedades: rua monsenhor teobaldo rocha centro Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	399

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007003590261	01/2019	213,48	28/01/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838600000026 134800110073 003590261104 137272025335





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 55050-902
CNPJ 10.355.902/0001-00 | Insc. Est. 0025043-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE BISPO DA SILVA

CPF: 179.180.974-00

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

042079218 UNICA 15/12/2018
APRESENTAÇÃO DO CONSUMENTE Nº DA CONTABILIZAÇÃO
15/12/2018 2011285420 5285899

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO COSTA DO SOL 20

COSTA DO SOL/SÃO JOSE DA COROA GRA
SÃO JOSE DA COROA GRANDE PE
55505-000

COMPARATIVO DE CONTAS
7006424737 12/2018
17/12/2018 14/01/2019
79,08

Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Contrib. Ilum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 035081131-15/10/18
Multa por atraso-NF 036880034 - 13/11/18
Juros por atraso-NF 036880034 - 13/11/18
Atualização ICPM-NF 036880034 - 13/11/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
87,0000000	0,73975354	71,65
		0,72
		4,08
		0,63
		1,88
		0,34
		0,17

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										79,08
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
350044704	CAT	13/11/2018	540,00		15/12/2018	640,00		32	1,0000	87,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)	ICMS	PIS	COFINS	Valor do imposto	Composição do consumo	Valor	Porcentagem
DEZ 18 97						Geração de energia	R\$ 22,95	29,29%
NOV 18 102						Transmissão	R\$ 3,35	4,24%
OUT 18 69						Distribuição (Celpe)	R\$ 15,62	19,76%
SET 18 90						Perdas de energia	R\$ 4,39	5,57%
AGO 18 105						Energia térmica	R\$ 2,07	2,62%
JUL 18 67						Tributos	R\$ 21,27	26,93%
JUN 18 05						Total	R\$ 79,08	100,00%
MAI 18 111								
ABR 18 83								
MAR 18 116								
FEV 18 82								
JAN 18 83								
DEZ 17 100								

6085 CD6A.B814.5787.A53E.4D79.26B5.D08B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você através do boleto ou pelo aplicativo Celpe. Se não for possível, pague no site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter o medidor em bom estado de conservação e por avisar imediatamente a Celpe em caso de avaria ou furto. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido da energia elétrica.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
NÃO VERIFICADO
21 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
NÃO VERIFICADO
07 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

celpe
Grupo Neoenergia
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 JEIMISON JOSE NERY DE LYRA CPF: 049.520.594-05		DATA DE VENCIMENTO 28/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 213,48		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/01/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/01/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 045263940		CONTA CONTRATO 007003590261 Nº DO CLIENTE 2010385703 Nº DA INSTALAÇÃO 0005205593	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOAO B VASCONCELOS 111 -A CENTRO/BARREIROS 55560-000 BARREIROS PE		CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Trifásico					
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		RESERVADO AO FISCO CFD0.FE34.3A51.C884.6DDF.3095.B5C2.BFC2					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	265,00	0,71979022	190,74
Contrib. Ilum. Pública Municipal			22,74
TOTAL DA FATURA			213,48

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS			PIS			COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
190,74	25,00	47,68	190,74	0,45	0,85	190,74	2,09	3,98	

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,62106000		
		JAN 19	265
		DEZ 18	204
		NOV 18	437
		OUT 18	207
		SET 18	480
		AGO 18	646
		JUL 18	659
		JUN 18	628
		MAI 18	622
		ABR 18	610
		MAR 18	642
		FEV 18	607
		JAN 18	810

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	81,80	32,30
Transmissão	9,55	4,80
Distribuição (Celpa)	42,80	22,44
Energias Sotóricas	11,82	5,78
Tributos	52,51	27,53
Perdas de Energia	13,46	7,86
TOTAL	190,74	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE DE CONSUMO kWh	VALOR DO CONSUMO kWh	DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA									
00000003120423648	CAT	07/12/2018	92.824,00	04/01/2019	93.089,00	28	0,00	0,00	DIC-No de horas sem Energia	BARREIROS	6,00	6,03	12,66	24,12
									FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,85	13,70
00000003120423648	CRT	07/12/2018	62.971,00	04/01/2019	62.971,00	28	0,00	0,00	DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,60	3,54	0,60	0,60
									DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2019										Valor do Encargo de Uso = R\$ 72,95				

<p>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</p> <p>Pague no ponto mais perto de você: misco costa foto e vídeo: rua dom luiz no 389 centro - nova variedades: rua monsenhor teobaldo rocha centro Lista completa em www.celpe.com.br.</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">NÍVEIS DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center;">TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">MÍNIMO</th> <th style="text-align: center;">MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">220</td> <td style="text-align: center;">202</td> <td style="text-align: center;">231</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">380</td> <td style="text-align: center;">350</td> <td style="text-align: center;">399</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</p>	NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	380	350	399
NÍVEIS DE TENSÃO															
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)														
	MÍNIMO	MÁXIMO													
220	202	231													
380	350	399													

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007003590261	01/2019	213,48	28/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838600000026 134800110073 003590261104 137272025335



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Batista de Vasconcelos inscrito (a) no CPF 049.520.594-05 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcelo Mayk Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.403.284 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Marcelo Mayk Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.403.284, 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, 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>Rua João Batista de Vasconcelos</u>	Número <u>133</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Barreiros</u>	Estado <u>PE</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>81 3675-1858</u>	CEP <u>55.560-000</u>
		Telefone celular (DDD) <u>81 99751-5587</u>

Barreiros, 30 de junho de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 Flamimilson José Neri de Souza inscrito (a) no CPF 040.520.594-05 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcelo Mayk Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.403.284 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Marcelo Mayk Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.403.284 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

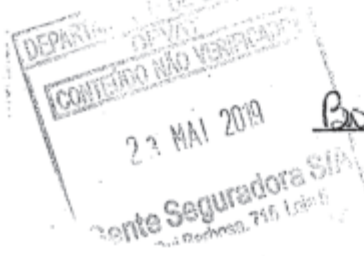
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, que reside 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>Rua João Batista de Vasconcelos</u>	Número <u>113</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Barreiros</u>	Estado <u>PE</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) <u>81 3675-1858</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 99751-5587</u>



Barreiros 30 de junho de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



UNIDADE MISTA OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA
JOÃO FRANCISCO DE MELO, CENTRO, São José da Coroa Grande - PE
CEP: 55565-000, Fone: (81) 3688-1346

FICHA DE ATENDIMENTO

177066	Data e Hora do Atendimento: 01/01/2019 às 17:29:00	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: Urgência Geral
--------	--	--	----------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000082911 - MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

CNS: Nascimento: 20/12/1992 Idade: 26 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: MECANICO Naturalidade: BARREIROS Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Ignorado Filiação: Pai: Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA COSTA DO SOL, N°. Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: São José da Coroa Grande UF: PE Telefone:

Acompanhante: JOSE BISPO

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: PSF Mata do Cajueiro Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: 01/01/2019 Hora: 17:45 Médico: CRM: 14650

Queixa Principal:

HDA:

Paciente ficou caído a
rua do punho esquerdo, após queda de
moto.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.:
----------	--	--	--------

B: Respiratório

C: Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm
-----------------	-------------	------------

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:
Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:	

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

CONTUSÃO DE ANTÉBRIO

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Exame realizado por
p/ Rx

Ass. Médico + Perim

Luiz Antonio - Perim
Clínico
CRM: 11.550 - CREMAL 449

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Car

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

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

Transferido para:

Internado na Clínica:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhor

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:



Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

HOSPITAL MUNICIPAL DE BARREIROS - JAILTON MESSIAS DE SOUZA ALBUQUERQUE

PE 60 KM 72,5, Rio Una, Barreiros - PE
CEP: 55560-000, Fone: (81) 3675-2854

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 312652	Data e Hora do Atendimento 01/01/2019 às 18:23:00	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada Urgência Clínica
------------------------------	--	--	--------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000012908 - MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
CNS: 165278744220005 Nascimento: 20/12/1992 Idade: 26 anos Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: LIXADOR Naturalidade: BARREIROS Nacionalidade: Brasileiro
Documento: RG - 9239440 Filição:
Pal: JOSE BISPO DA SILVA
Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA NOVA, Nº: 01 Complemento: CASA
Bairro: VILA BAETE Cidade: Barreiros UF: PE Telefone: (81) 8631-9020
Acompanhante: PAI
Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
Procedência: São José da Coroa Grande Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: CRM: 1

Queixa Principal:
HDA: *foe: com dor e edema em punho @ após queda de muito la ± 2h. Mex rce, dor no 1º e 2º. Noxi*

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Local do Impacto:
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado por:
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Por que:
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ Temp.: *61 12*

B: Respiratório

C: Circulatório PA: *126* x *90* mm Hg bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas
Glasgow: Abertura Ocular Escora: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escora: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escora: Hora:



E: Abdômen

• Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Polioqueto bula (E) AP/Parilil

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

1) Depressão - 1 seg. 1m
2) Depressão - 1 seg. 1m

19/02
RDB

Ass. Médica + Carimb
Dr. José Carlos Júnior
CRM-PE 36769

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Carim

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

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

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhora
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: CRM: Data: / / Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

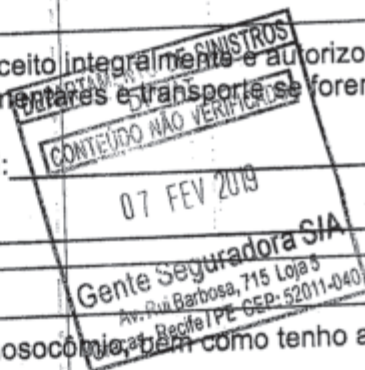
Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

ID do Paciente: 1092

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do exame: 07/01/2019 16:37

Solicitante: HMG

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

(Laudo emitido em caráter de urgência)

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do punho esquerdo em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

ANÁLISE:

Presença de fratura cominutiva metaepifisária acometendo a porção lateral do rádio distal, com desalinhamento máximo de 0,2 cm.

Ausências de outras fraturas ósseas.

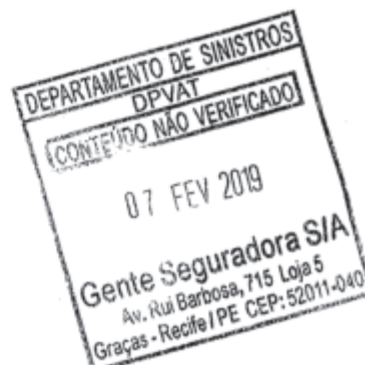
Pequeno derrame articular.

Aumento das partes moles em região do punho.

Articulações radio-carpal e ulno-carpal preservadas.



Dr. Victor Rocha Martins
CRM 20765 PE



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

USO ORAL

TAMIRAN 750 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 24/24 HORAS POR CINCO DIAS

NOVALGINA 1G ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR

Dra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
CRM 20645

Jaboatão dos Guararapes, 08/01/2019 11:38:55

Médico: 20645

Conselho: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

LIDIANE ROCHA DA SILVA
INSTRUMENTADORA
CPF: 008.111.884-01

Nº60
RECIBO

R\$ 200,00

Recebi(emos) de Marcelo Mark Pereira da Silva

CPF: 109.403.284-02

A importância de: Duzentos reais

Referente a Instrumentação cirúrgica
materna de punho

Pelo que dou plena, geral e irrevogável quitação.

Recibo 08/01/19

Lidiane Rocha
Instrumentadora
008.111.884-01
LIDIANE ROCHA DA SILVA
INSTRUMENTADORA

ID do Paciente: 1092

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do exame: 07/01/2019 16:37

Solicitante: HMG

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

(Laudo emitido em caráter de urgência)

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do punho esquerdo em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

ANÁLISE:

Presença de fratura cominutiva metaepifisária acometendo a porção lateral do rádio distal, com desalinhamento máximo de 0,2 cm.


Ausências de outras fraturas ósseas.

Pequeno derrame articular.

Aumento da partes moles em região do punho.

Articulações radio-carpal e ulno-carpal preservadas.




Dr. Victor Rocha Martins
CRM 20765 PE

Data/Hora: 08/01/2019 11:39:41

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias


Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente			1ª Via Farmácia
Nome: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA			2ª Via Paciente
CRM: CRM - 20645	UF: PE	Nº:	
Endereço:			
Telefone:			

Paciente: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA DO CAMPO, CENTRO, CEP: 54100300, Nº 2, JABOATAO DOS GUARARAPES - PE

Prescrição: PACO 30 MG ----- 30 CP
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SE DOR FORTE
Dra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
CRM 20645

Identificação do Comprador		
Nome:	Ident.:	
Endereço:	Org. Emissor:	
Cidade:	UF: PE	Telefone:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	Data:

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

USO ORAL

TAMIRAN 750 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 24/24 HORAS POR 05 DIAS

NOVALGINA 1G ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR.



Dra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
CRM 20645

Jaboatão dos Guararapes, 08/01/2019 11:38:55

Médico: 20845

Consultor: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente			1ª Via Farmácia
Nome: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA			2ª Via Paciente
CRM: CRM - 20645	UF: PE	Nº:	
Endereço:			
Telefone:			

Paciente: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
Endereço: RUA DO CAMPO, CENTRO, CEP: 54100300, Nº 2, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Prescrição: PACO 30 MG ----- 30 CP TOMAR UM COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SE DOR FORTE
<i>Dra. Lécia Lima Cirurgia da Mão CRM 20645</i>

Identificação do Comprador		
Nome:	Ident.:	
Endereço:	Org. Emissor:	
Cidade:	UF: PE	Telefone:

Identificação do Fornecedor	Data:
Ass. do Farmacêutico	



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

USO ORAL

TAMIRAN 750 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 24/24 HORAS POR CINCO DIAS

NOVALGINA 1G ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR

Dra. Lécia Lima
Cirurgiã da Mão
CRM 10645

Jaboatão dos Guararapes,

08/01/2019 11:38:55

Médcia 20645

Cons. No: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 342755

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação:

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 25 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

LAUDO MEDICO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO EM 08/01/2019.
DEVERÁ MANTER IMOBILIZAÇÃO POR 30 DIAS E INICIAR REABILITAÇÃO APOS.
NÃO ENCONTRA-SE APTO PARA RETORNO AS SUAS ATIVIDADES POR 90 DIAS.

CID: S525

Dra. Lécia Lima
Cirurgia de Mão
e Microcirurgia
CRM 20645



Jaboatão dos Guararapes, 14/01/2019 14:42:45

Médico: 20645

Conselho: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Data/Hora: 08/01/2019 20:18:54

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 25 Dias

Sexo: Masculino

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Prestador: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

1º Auxiliar: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Anestesista: ROMERO FERRAZ CARIELI - CRM 18119

Tipo de Anestesia: BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

Instrumentador: lidiane rocha

Diagnóstico Pré Operatório: fratura do radio distal esquerdo + lesão ligamentar do carpo

Data/Hora Início:

Hora Término:

CARÁTER: URGÊNCIA

TURNO: DIURNO

ACIDENTES: não houve

PEÇA OPERATÓRIA: não houve

CONSIGNADO: 01 placa bloqueada + 06 parafusos bloqueados + 01 parafuso cortical + 03 fios guia

CIRURGIA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL + TENOLISE NO TUNEL OSTEOFIBROSO + MICRONEUROLISE (OUTRA VIA DE ACESSO) + REPARO LIGAMENTAR DO CARPO

- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MSE
- ACESSO VOLAR DE HENRY PARA RADIO DISTAL
- MIOTOMIA DO PRONADOR QUADRADO, TENOLISE DO BRAQUIRRADIAL
- VISUALIZADA FRATURA INTRA ARTICULAR ARTICULAR DO RADIO DISTAL COM AFUNDAMENTO EM FOSSA DO ESCAFOIDE E AVULSÃO DO ESTILOIDE RADIAL ASSOCIADA A LESÃO LIGAMENTAR DO CARPO
- REALIZADA REDUÇÃO DO AFUNDAMENTO E FIXAÇÃO PROVISORIA COM UM FIO DE KIRSCHNER
- TENTADA REDUÇÃO DO ESTILOIDE VIA ACESSO VOLAR E NÃO LOGRADA REDUÇÃO ADEQUADA
- ACESSO DIRETO PARA ESTILOIDE RADIAL, MICRONEUROLISE E PROTEÇÃO DO NERVO SENSITIVO RADIAL
- REDUÇÃO DIRETA DO ESTILOIDE E FIXAÇÃO PROVISORIA COM DOIS FIOS DE KIRSCHNER
- CONFIRMADA REDUÇÃO COM RADIOSCOPIA
- FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA VOLAR LCP + 05 PARAFUSOS BLOQUEADOS DE ANGULO VARIÁVEL + 01 PARAFUSO BLOQUEADO DE ANGULO FIXO + 01 PARAFUSO CORTICAL
- REALIZADO REPARO LIGAMENTAR DO CARPO COM VICRYL 2-0
- MIORRAFIA DO PRONADOR QUADRADO COM VICRYL 3-0
- RETIRADO GARROTE E REALIZADA HEMOSTASIA
- SUTURA DO SUBCUTANEO COM VICRYL 3-0 E PELE INTRADÉRMICO COM MONOCRYL 4-0
- CURATIVO
- TALA LUVA

Dra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM 20645

PRESTADOR: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

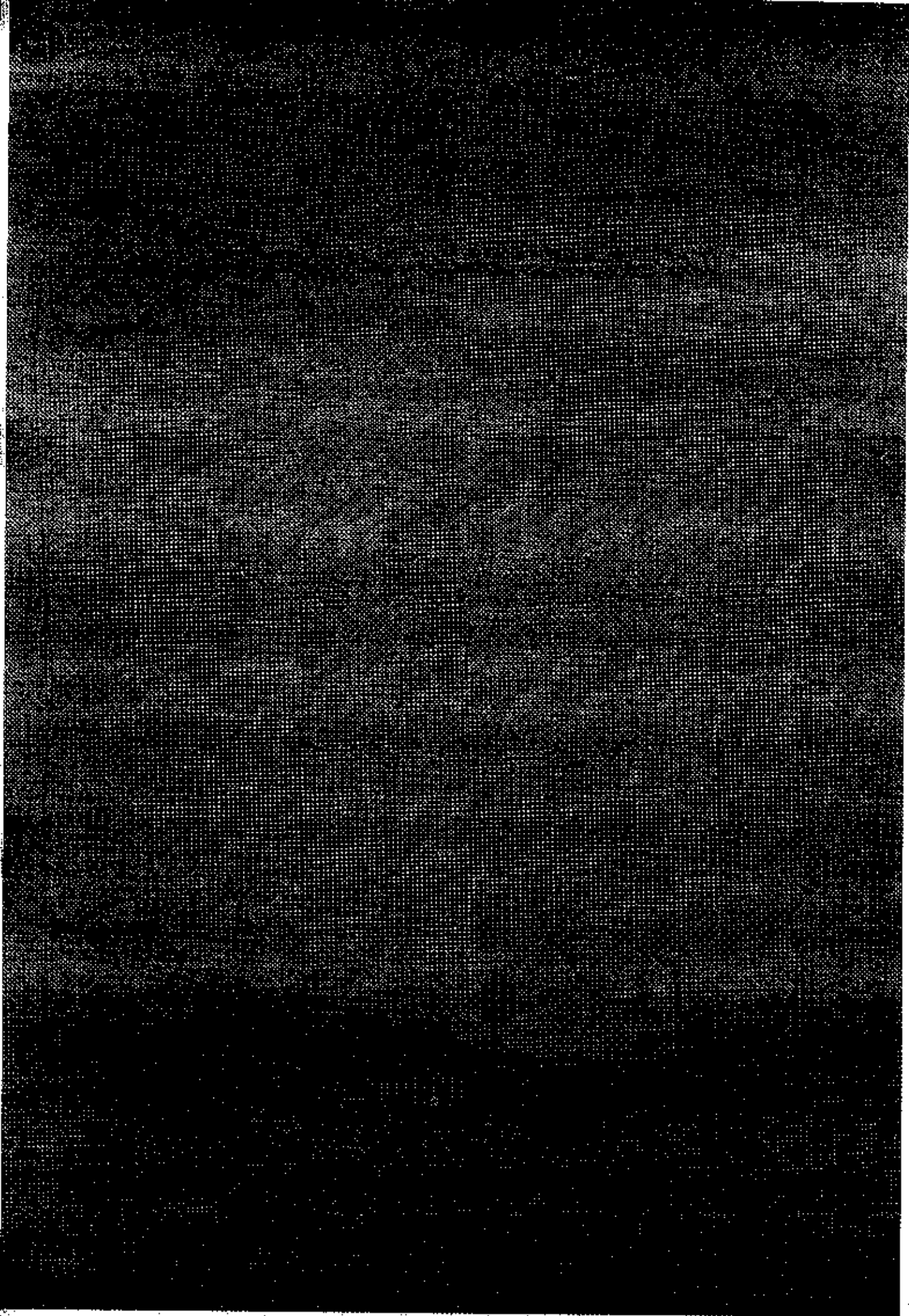
CRM - 20645

Procedimentos:

Procedimento:

Procedimento SUS:







UNIDADE MISTA OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA
JOÃO FRANCISCO DE MELO, CENTRO, São José da Coroa Grande - PE
CEP: 55565-000, Fone: (81) 3688-1346

FICHA DE ATENDIMENTO

177066 Data e Hora do Atendimento: 01/01/2019 às 17:29:00 Procedimento Local: Prontuário Integrado Local de Entrada: Urgência Geral

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000082911 - MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

CNS: Nascimento: 20/12/1992 Idade: 26 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: MECANICO Naturalidade: BARREIROS Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Ignorado Filiação: Pai: Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA COSTA DO SOL, N°. Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: São José da Coroa Grande UF: PE Telefone:

Acompanhante: JOSE BISPO

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: PSF Mata do Cajueiro Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: 01/01/2019 Hora: 17:45 Médico: CRM: 116501

Queixa Principal:

HDA:

Paciente sofreu acidente a
rua do punho esquerdo, após queda de
moto.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto: Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por: Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.:

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:

1
E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

CONTINUA DE ANTERIORE

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimen

Tratamento/Procedimento:

*Examinado por
p/ Rx*

Ass. Médico +

*Luiz Antonio L. de
Clínico
CRM: 11.550 - CREMAL*

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + C

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

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

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melh

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piora

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



HOSPITAL MUNICIPAL DE BARREIROS - JAILTON MESSIAS DE SOUZA ALBUQUERQUE
PE 60 KM 72,5, Rio Una, Barreiros - PE
CEP: 55560-000, Fone: (81) 3675-2854

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 312652	Data e Hora do Atendimento 01/01/2019 às 18:23:00	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada Urgência Clínica
------------------------------	--	--	--------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000012908 - MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA			
CNS: 165278744220005	Nascimento: 20/12/1992	Idade: 26 anos	Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: LIXADOR	Naturalidade: BARREIROS	Nacionalidade: Brasileiro
Documento: RG - 9239440	Filiação: Pai: JOSE BISPO DA SILVA Mãe: MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA		

Endereço (Av., Rua, etc): RUA NOVA, Nº. 01	Complemento: CASA
Bairro: VILA BAETE	Cidade: Barreiros
UF: PE	Telefone: (81) 8631-9020
Acompanhante: PAI	
Ocorrência:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Procedência: São José da Coroa Grande	Melo de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / /	Hora:	Médico:	CRM:
-----------	-------	---------	------

Queixa Principal:

HDA: *foe: com dor e edema em punho @ após queda - muito late ± 2h. Nega TCE, derrame e vert. Abn.*

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.:
----------	--	--------

B: Respiratório

C: Circulatório	PA: 120 x 90 mm Hg	bpm
-----------------	--------------------	-----

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisicóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:
Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:	

E: Abdômen

• Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Exames Solicitados: *Exames de urina (E) AP/Paril*

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Tratamento/Procedimento: *1. Repouso - 12h. 1m
2. Dieta - 12h. 1m*

19/02/2019

Ass. Médico + Carim

Dr. José Carlos Júnior
CRM-PE 76769

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Ca

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

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

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorado

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
07 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3
Recife/PE CEP: 52011-040

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

ID do Paciente: 1092

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do exame: 07/01/2019 16:37

Solicitante: HMG

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

(Laudo emitido em caráter de urgência)

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do punho esquerdo em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

ANÁLISE:

Presença de fratura cominutiva metaepifisária acometendo a porção lateral do rádio distal, com desalinhamento máximo de 0,2 cm.

Ausências de outras fraturas ósseas.

Pequeno derrame articular.

Aumento da partes moles em região do punho.

Articulações radio-carpal e ulno-carpal preservadas.



Dr. Victor Rocha Martins
CRM 20765 PE



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Atendimento: 341466

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Sexo: Masculino

Usuário: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Prontuário: 1092438

RECEITUÁRIO

USO ORAL

TAMIRAN 750 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 24/24 HORAS POR CINCO DIAS

NOVALGINA 1G ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR

Dra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
CRM 20645

Jaboatão dos Guararapes, 08/01/2019 11:38:55

Médico: 20545

Consultor: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

LIDIANE ROCHA DA SILVA
INSTRUMENTADORA
CPF: 008.111.884-01

Nº60

RECIBO

R\$ 200,00

Recbi(emos)de Marcelo Mark Pereira da
Silva

CPF: 109.403.284-02

A importância de: Duzentos reais

Referente a Instrumentação curatela
materna de menor

Pelo que dou plena, geral e irrevogável quitação.

Recife 08/01/19

Lidiane Rocha
INSTRUMENTADORA
CPF: 008.111.884-01
LIDIANE ROCHA DA SILVA
INSTRUMENTADORA

ID do Paciente: 1092

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data do exame: 07/01/2019 16:37

Solicitante: HMG

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

(Laudo emitido em caráter de urgência)

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do punho esquerdo em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

ANÁLISE:


Presença de fratura cominutiva metaepidiafisária acometendo a porção lateral do rádio distal, com desalinhamento máximo de 0,2 cm.

Ausências de outras fraturas ósseas.

Pequeno derrame articular.

Aumento da partes moles em região do punho.

Articulações rádio-carpal e ulno-carpal preservadas.


Dr. Victor Rocha Martins
RM 20765 PE



Data/Hora: 08/01/2019 11:39:41

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

Nome: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

1ª Via Farmácia

CRM: CRM - 20645

UF: PE

Nº:

2ª Via Paciente

Endereço:

Telefone:

Paciente: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA DO CAMPO, CENTRO, CEP: 54100300, Nº 2, JABOATAO DOS GUARARAPES - PE

Prescrição: PACO 30 MG 30 CP
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SE DOR FORTEDra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
CRM 20645

Identificação do Comprador

Nome:

Ident.:

Endereço:

Org. Emissor:

Cidade:

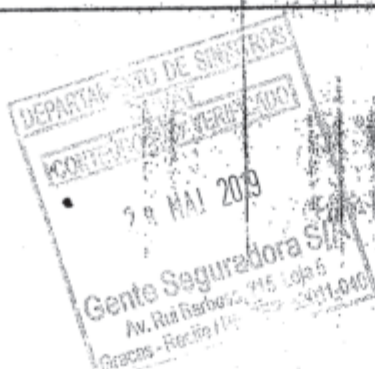
UF: PE

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Ass. do Farmacêutico

Data:



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

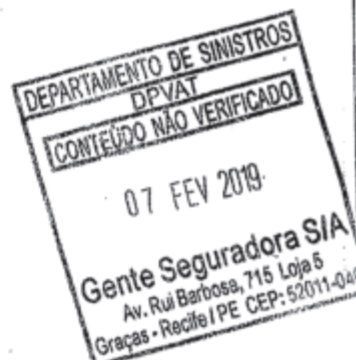
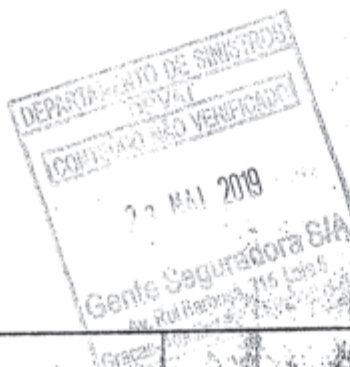
Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

USO ORAL

TAMIRAN 750 MG 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 24/24 HORAS SE DOR

NOVALGINA 1G 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR



Dra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
Ortopedia

Jaboatão dos Guararapes, 08/01/2019 11:38:55

Médico: 30045

Consultor: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Data/Hora: 08/01/2019 11:39:41

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

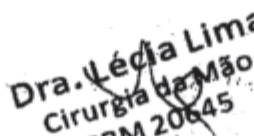
Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente			1ª Via Farmácia
Nome: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA			2ª Via Paciente
CRM: CRM - 20645	UF: PE	Nº:	
Endereço:			
Telefone:			

Paciente: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
Endereço: RUA DO CAMPO, CENTRO, CEP: 54100300, Nº 2, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Prescrição: PACO 30 MG ----- 30 CP TOMAR UM COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SE DOR FORTE
 Dra. Lécia Lima Cirurgia da Mão CRM 20645

Identificação do Comprador		
Nome:	Ident.:	
Endereço:	Org. Emissor:	
Cidade:	UF: PE	Telefone:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	Data:



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

USO ORAL

TAMIRAN 750 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 24/24 HORAS POR CINCO DIAS

NOVALGINA 1G ----- 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR



Dra. Lécia Lima
Enfermeira

Jaboatão dos Guararapes,

08/01/2019 11:38:55

México, 2004-15

Conferido: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 1092438

Atendimento: 342755

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação:

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 25 Dias

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

LAUDO MEDICO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO EM 08/01/2019.
DEVERÁ MANTER IMOBILIZAÇÃO POR 30 DIAS E INICIAR REABILITAÇÃO APOS.
NÃO ENCONTRA-SE APTO PARA RETORNO AS SUAS ATIVIDADES POR 90 DIAS.

CID: S525



Dra. Lécia Lima
Cirurgia de Mão
e Microcirurgia
CRM 20645



Jaboatão dos Guararapes, 14/01/2019 14:42:45

Médico: 20645

Conselho: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Data/Hora: 08/01/2019 20:18:54

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Prontuário: 1092438

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 25 Dias

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Sexo: Masculino

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Prestador: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

1º Auxiliar: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Anestesista: ROMERO FERRAZ CARIELI - CRM 18119

Tipo de Anestesia: BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

Instrumentador: lidiane rocha

Diagnóstico Pré Operatório: fratura do radio distal esquerdo + lesão ligamentar do carpo

Data/Hora Início:

Hora Término:

CARÁTER: URGÊNCIA

TURNO: DIURNO

ACIDENTES: não houve

PEÇA OPERATÓRIA: não houve

CONSIGNADO: 01 placa bloqueada + 06 parafusos bloqueados + 01 parafuso cortical + 03 fios guia

CIRURGIA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL + TENOLISE NO TUNEL OSTEOFIBROSO + MICRONEUROLISE (OUTRA VIA DE ACESSO) + REPARO LIGAMENTAR DO CARPO

- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MSE
- ACESSO VOLAR DE HENRY PARA RADIO DISTAL
- MIOTOMIA DO PRONADOR QUADRADO, TENOLISE DO BRAQUIRRADIAL
- VISUALIZADA FRATURA INTRA ARTICULAR ARTICULAR DO RADIO DISTAL COM AFUNDAMENTO EM FOSSA DO ESCAFOIDE E AVULSÃO DO ESTILOIDE RADIAL ASSOCIADA A LESÃO LIGAMENTAR DO CARPO
- REALIZADA REDUÇÃO DO AFUNDAMENTO E FIXAÇÃO PROVISORIA COM UM FIO DE KIRSCHNER
- TENTADA REDUÇÃO DO ESTILOIDE VIA ACESSO VOLAR E NÃO LOGRADA REDUÇÃO ADEQUADA
- ACESSO DIRETO PARA ESTILOIDE RADIAL, MICRONEUROLISE E PROTEÇÃO DO NERVO SENSITIVO RADIAL
- REDUÇÃO DIRETA DO ESTILOIDE E FIXAÇÃO PROVISORIA COM DOIS FIOS DE KIRSCHNER
- CONFIRMADA REDUÇÃO COM RADIOSCOPIA
- FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA VOLAR LCP + 05 PARAFUSOS BLOQUEADOS DE ANGULO VARIÁVEL + 01 PARAFUSO BLOQUEADO DE ANGULO FIXO + 01 PARAFUSO CORTICAL
- REALIZADO REPARO LIGAMENTAR DO CARPO COM VICRYL 2-0
- MIORRAFIA DO PRONADOR QUADRADO COM VICRYL 3-0
- RETIRADO GARROTE E REALIZADA HEMOSTASIA
- SUTURA DO SUBCUTANEO COM VICRYL 3-0 E PELE INTRADÉRMICO COM MONOCRYL 4-0
- CURATIVO
- TALA LUVA

Dra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
e Microcirurgia
CRM 20645

PRESTADOR: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

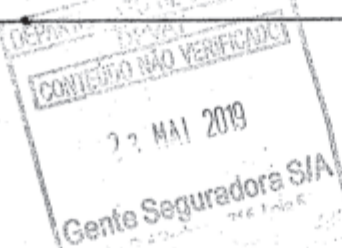
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CRM - 20645

Procedimentos:

Procedimento:

Procedimento SUS:





HOSPITAL
GUARARAPES

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Atendimento: 368495

Idade: 26 Anos, 5 Meses e 0 Dia

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação:

Sexo: Masculino

Usuário: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO

Data/Hora: 20/05/2019 08:21

Prontuário: 1092438

RECEITUÁRIO

Ad 074 895119

LAUDO MEDICO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO HÁ 4 MESES.
NO MOMENTO, COMPLETAMENTE REABILITADO E APTO PARA O RETORNO AS SUAS ATIVIDADES LABORAIS.

CID: 525

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

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

Dra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
CRM 20645

Médico: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO
Conselho: 20645

Impresso em : 20/05/20