



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-PE N° 014084780606
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
DA 21804672018 EXERCÍCIO 2018

MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

JAB GUARARAPES-PE

PLACA 109.403-264 DATA EMISSÃO 18/09/18

VEHICULAR 21804672018 MARCA/MODELO HONDA CG 125 PAN KS

TAB MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 125 PAN KS ANO/FABR 2010/2010

CNPJ/CPF 21804672018 CATEGORIA COPIADOCINANTE

ZP/125CL PARTIDA VERMELHA

I	COTA UNICA	VENC COTALINICA	1º VENC COTAS
P	IPVA 2018 QUETABO		X*****
V	FATUA IPVA	PERIODAMENTE/COTAS	2º X*****
A			3º X*****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 107,00 PREMIO IPVA (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

Local: JAB GUARARAPES-PE Data: 18/09/18
Charles Andrews Souza Ribeiro
Dirigente Operacional DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DEVE SER FEITO SOUPO DE SEU CARGO E APRESENTE-SE TRANSPORTADAS DURANTE O USO DE SEU

PE N° 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

VIA: 109.403-264-02 PLACA: KMA8098

RENAVAM: 21804672018 MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 PAN KS

ANO/FAB: 2010/2018 NF CLASS: 9C23JC9110AR640978

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	LENTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IPVA (R\$)	DATA DE EMISSÃO BILHETE (R\$)
PAGAMENTO:		
COTA UNICA	PARCERIA	DATA DE OUTAÇAO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.808/0001-04

DESTRUIR E BATER O BILHETE DPVAT
É ILLEGAL DE PORTE DE PROIBIDA

FEV-2018



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

		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
JAB GUARARAPES - PE		2010	18/09/10
VIA:	CPF / CNPJ:	PLACA:	
1	109.403.284-02	RHM6040	
RENAVAM:	MARCA / MODELO:		
218046723	HONDA/CG 125 FAN K3		
ANO FAZ:	PR. MENS.	Nº CHASSI:	
2010	09	RC2NC4110AR643579	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DENTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
GUSTO DO BILHETE (R\$)	IPF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEU SAÚDE	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO PARCELADO	DATA DE EMISSÃO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO E CADASTRO
DE VEHÍCULOS
DIRETORIA DE REGISTRO E CADASTRO DE VEHÍCULOS

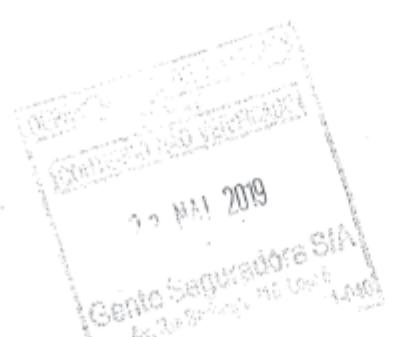
PE N° 014094799606 - SÍLHETE DE SEGURO DPVAT

MARCELO MARQUES PEREIRA - ACT 31183

ESTE É O SEU SÍLHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CARRO		DATA EMISSÃO
JAB. GUARARAPES-PB		2019-01-15
PLACA		129 402 209-02
COR		KP PRETO
ANO M.		2010-09
TIPO		902 L04 L10000578
PRÉMIO TARIÁRIO		
VALOR ANUAL: R\$ 100,00		
VALOR MENSAL: R\$ 8,33		
VALOR SEMANAL: R\$ 1,96		
VALOR DIÁRIO: R\$ 0,28		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ: 00.246.802/0001-02		



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 EVIDENÇIA 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, EVIDENÇIA 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

Valorização 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. CONCLUÍNDΟ-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 EVIDENÇIA 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, EVIDENÇIA 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 sócio, profissão mecânico

Residente e domiciliado à Rua lo. Posto do sol

Nº 20, Bairro posto do sol Município de São J. do Rio Grande

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

RG Nº 9.239440 SSP/PE e CPF Nº 309.403.284-02

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) autorgante 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 farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Brunnos, 20, juni de 2019.

x. Marcelo Mayk Pereira da Silva

OUTORGANTE

CPF Nº 309.403.284-02
MARIA LUIZA DE MORAES COSTA

2ª Tabeliã de Notas, Oficiala do

Registro de Títulos e Documentos do 2º OFÍCIO

Titular: MARIA LUIZA DE MORAES COSTA

Telefone: (81) 38751-481

Fernando Gilberto L. de Moraes Sobrinho

Reconheço a autenticidade a letra firma de MARCELO
MAYK PEREIRA DA SILVA. Dou fé. Em Test^o
verso. De: MARCELO L. de Moraes Costa. Tabelião Titular.
Endereço: Rua 326, Térrea, nº 322
Bairro: Centro - Pernambuco
Fone: 3675.1481

Selo: 0076372.YOD01201902.00725 29/01/2019 10:31:53
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: marcelo mayk Pereira da Silva

Brasileiro (a), estado civil sócio, profissão meia-mírio

Residente e domiciliado à Rua Do. Costa do sol

Nº 20, Bairro Costa do Sol Município de São J. da Barra 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) autorgante 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 01/03/2019 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.

Brunnion, 20, junho de 2019.

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 Papéis e Profissão de Tabelião

Fernando Gilberto L. de Moraes Sobrinho

Reconheço perante a justiciade a letra firma de MARCELO

MAYK PEREIRA DA SILVA. Dou fôr. Em Test".

verso Domingos Henrique de Moraes Costa, Tabelião Titular.

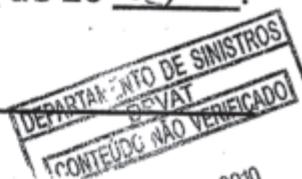
Emolumento R\$ 3,25 FERJ 23 FERJ 0,27

Carneiros Pernambuco

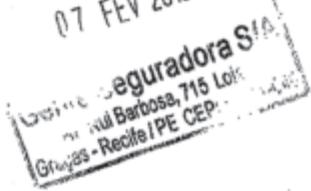
Fone: 3675.1141

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

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



07 FEV 2019



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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.

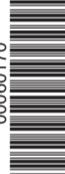
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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

Rio de Janeiro, 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:

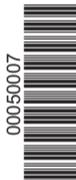
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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:	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 (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: marcelo mayk Pereira da silva		CPF: 109.403.284-02		
Profissão: mechanico	Endereço: R. Ot. Costa do sol	Número: 20	Complemento:	
Bairro: Costa do sol	Cidade: 503 J. da Boa Vista grande	Estado: PE	CEP: 55.566.000	Tel.(DDD):
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2124

CONTA: 61300052656

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 SINSTROS

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 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTEMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 FEVEREIRO DE 2019
Gente Seguradora S.A.
Av. Rebouças, 715 Loja 101
Graças - Recife - PE CEP: 52010-000



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

CPF:

109.403.284-02

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA/MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Mecânico

Rua: Rua. Costa do Sol

Bairro:

Posto do Sol

Cidade:

São J. da Boa Vista Grande

Estado:

PE

E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCARIOS 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: 2124

CONTA: 0130052656

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso da 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 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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com o conteúdo do laudo, caso discordo do seu conteúdo.

07 FEV 2019

Gloria Seguradora
Av. das Bandeiras, 715 LS
Belo Horizonte - MG - 30130-000
Gracias - Reclamação - PE - CEP: 31260-000

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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RODO

x Manoel Souza Pereira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

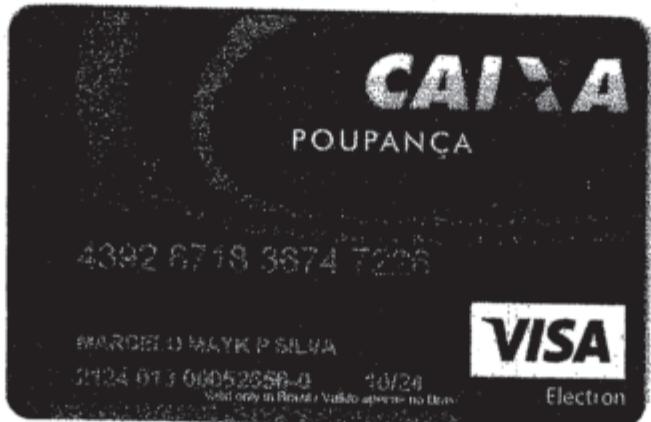
Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.



503323

0045397/19

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 DINTER1/13ºDESEC

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **1/1/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 1, SAOJOSE 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** Mae: **MIRIAM MOURA PEREIRA DA SILVA** Pai: **JOSE BISPO DA SILVA** Data de Nasimento: **29/12/1992** Naturalidade: **BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10940328402 (CPF)**, **06755606597 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 985009324**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 20, LOT COSTA DO SOL N20, SAO JOSE DA COROA GRANDE PE - CEP: 55200-008 - 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 Con: VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHA8048** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **215046723** Chassi: **9C2JC4110AR643572**
 Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

"INFORMOU O SR MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA QUE: NO DIA 01/01/2018 SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO, O MESMO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RODOVIA PE89 PROXIMO AO POSTO DE QUIRINO QUANDO DE REPENTE SURGIU 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 Nº312652 E UNIDADE MISTA OSMARO OMENA DE OLIVEIRA, SAO JOSE DA COROA, GRANDE,REGISTRO Nº177066.

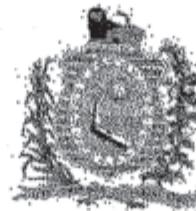
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)**

MARcelo Mayk Pereira Da Silva

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





503323

0045397/

524969

0174895/19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082^a CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE -
DP82^aCIRC DINTER1/13^aDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0172000092

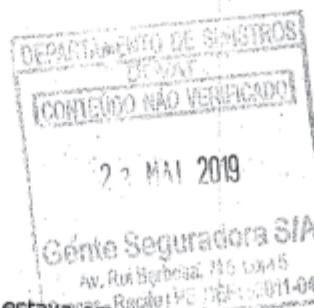
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/01/2019 às 10:27**

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 1, SAOJOSE 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 SURGIU 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**

[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:	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 (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: marcelo mayk Pereira da silva		CPF: 109.403.284-02		
Profissão: mechanico	Endereço: R. Ot. Costa do sol	Número: 20	Complemento:	
Bairro: Costa do sol	Cidade: 503 J. da Boa Vista grande	Estado: PE	CEP: 55.566.000	Tel.(DDD):
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2124

CONTA: 61300052656

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 SINSTROS

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 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTEMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 FEVEREIRO DE 2019
Gente Seguradora S.A.
Av. Rebouças, 715 Loja 101
Graças - Recife - PE CEP: 52010-000

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: FAIXA DE RENDA/MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPENSO N° 445/2012				
Nome completo: Marcelo Mayk Pereira da Silva		CPF: 109.403.284-02		
Profissão: Mecânico	Endereço: Rua T. Costa do Sol	Número: 20	Complemento: 	
Bairro: Lesta do Sol	Cidade: São J. da Boa Vista	Estado: PE	CEP: 55.566-000	
E-mail:				Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2124** CONTA: **630052656**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 atende 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 nas informações apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das perdas 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.

DEFESA DO SINISTRO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEVEREIRO DE 2019

Gente Seguradora
Av. Rio Branco, 715 Lt.
Graciosa, Recife - PE CEP: 54010-000

MORTE

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 herdeiros (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,

22 MAI 2019

Nome:

CPF:

(* Assinatura de quem assina A ROGO

X Marcelo Mayk Pereira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 Municipal
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 prestadas 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: Filiação:

Ignorado 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: GR CRM: 166501

Queixa Principal:

HDA:

*Paciente fez a confusão a
mídia do ponto exposto, apesar de
moto.*

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Embarque: SIAVAT	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
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.:
----------	--	--	--------

Era / respiração, aferir

B: Respiratório

AV ... muri ...

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"/> Ansic
----------------------	---	--

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:
---	---	---

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Escurvão DE Autobanho

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Exame realizado (ver)
fazer Rx

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Ass. Médico + Carimbo
Luis Antônio Góes Clínico
CRM: 11.650 - CREMAL 440

Ass. Enfermeira + Car

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Condição da Alta:

Curado Melhor
 Inalterado Piorado
 Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica:

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:



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

Informações prestadas 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 Cajuelo Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: 01/01/2019 Hora: 17:29 Médico: CRM: 116501

Queixa Principal:

HDA: *Paciente fezееe cootinu a
muf do punho esquerdo, ap quele de
moto.*

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Episódio Episódio: SINISTRO DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	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:	07 FEV 2019
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	Gente Seguradora SIA Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5 Graças, Recife, PE CEP: 52111-040
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	<i>Era / cuspido, afel</i>		23 MAI 2019		
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"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>			

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:
---	---	---

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Confusão DE Auto-Branco

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimen

Tratamento/Procedimento:

*Exame realizado hora
ppr Ry.*

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Ass. Médico + Odontológico
Luz Adriano Clínico CRM: 21.650-CRIMAL

Ass. Enfermeira + C

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Condição da Alta:

Curado Melhorado

Transferido para:

Inalterado Piora

Internado na Clínica:

Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

22 MAI 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CCAT

Data: / /

07 FEB 2019

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 nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento todas as 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 do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.035.932/0001-08 | Inscrição Estadual 0005043-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE BISPO DA SILVA

CPF: 179.160.974-00

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SENTE	IMISSÃO
042879218	ÚNICA	15/12/2018
APRESENTAÇÃO DO TITULAR/CLIENTE	APRESENTAÇÃO DO TITULAR/CLIENTE	AP. DA INSTALAÇÃO
15/12/2018	2011285420	5285088

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO COSTA DO SOL 20

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

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7006424737	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PRESTAGEM DA LEITURA
21/12/2018	14/01/2019
TOME DE LEITURA	
	79,06

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	87.0000000	0,73975354	71,85
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,72
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,06
ICMS Subvenção-CDE-NF 036081131-15/10/18			0,53
Multa por atraso-NF 038880034 - 13/11/18			1,56
Juros por atraso-NF 038880034 - 13/11/18			0,34
Atualização IGPM-NF 038880034 - 13/11/18			0,17

TOTAL DA FATURA

AP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	79,06
3160441788	CAT	13/11/2018	543,00	15/12/2018	641,00	32	1.90000		87,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
DEZ18 87	ICMS		
NOV18 -382	PIS	72,37	25,00
OUT18 69	COFINS	72,37	0,76
SET18 60		72,37	0,57
AGO18 105		72,37	2,81
JUL18 67			
JUN18 66			
MAR19 111			
ABR18 93			
MAR19 115			
FEV18 82			
JAN18 80			
DEZ17 103			

INFORMAÇÕES DE REFERÊNCIA

COMPOMISSÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)
Geração de Energia	R\$ 22,85
Transportado	R\$ 3,38
Distribuição (celpe)	R\$ 15,82
Pérdidas de Energia	R\$ 4,06
Energias Fisicais	R\$ 1,09
Tributos	R\$ 21,27
Total	R\$ 72,37

8885 C05A 9614.5787 A63E 4D70.2B85.D8B8

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peça no ponto mais perto de você a fatura física suaída do povo. em loja francesa de rastro 123 centro florianópolis jesus da silva
francisco de mello no 320 (03) centralizada compatível em www.celpe.com.br. "Na data da leitura a leitura em vigor é o Verde. Mais
informações em www.anel.com.br. O valor da tarifa é dividido quando não é utilizada individualmente ou o nível de fornecimento
fornecimento. Pago, em alíquota para multa 2% (dois e vinte mil reais) é continuamente individual ou o nível de fornecimento
Cliente é compensado quando há desempenho do prazo de 14 dias para os padrões de desempenho.



07 FEB 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rua Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 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	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
28/01/2019	04/01/2019	007003590261
TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
213,48	04/01/2019	2010385703
	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
	045263940	0005208593

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO B VASCONCELOS 111 -A

CENTRO/BARREIROS
55560-000 BARREIROS PE

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

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

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Ativo[kWh]	0,52156000	JAN	19	
		DEZ	18	
		NOV	18	
		OUT	18	
		SET	18	
		AGO	18	
		JUL	18	
		JUN	18	
		MAI	18	
		ABR	18	
		MAR	18	
		FEV	18	
		JAN	18	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE MÉTRICA	MÚLTIPLO	CONSUMO MÉTRICO	PERÍODO	DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA											
000000003120423648	CAT	07/12/2018	92.824,00	04/01/2019	93.089,00	28	1.000,00	1.000,00	2.665,00	07/12/2018 - 04/01/2019	DIC-Nº de horas sem Energia	BARREIROS	0,00	6,03	12,86	24,12
000000003120423648	CRT	07/12/2018	62.971,00	04/01/2019	62.971,00	28	1.000,00	1.000,00	0,00	07/12/2018 - 04/01/2019	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					Límite DICRI: 12,22
											EUD-Avalor do Encargo de Uso = R\$ 72,85					
											Todo Cotação pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2019										NÍVEIS DE TENSÃO						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! missão costa foto e vídeo: rua dom luiz no 380 centro" nível variedades: rua monsenhor teobaldo rocha centroLista 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% 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				TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	
007003590261	01/2019	213,48	28/01/2019	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>



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

NOTA FISCAL - SATURADA - COleta DE ENERGIA ELETRICA
 Companhia Energética do Pernambuco
 Av. João de Barros, 151, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50009-002
 CNPJ 10.835.932/0001-00 | Inscrição Estadual: 0028643-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE BISPO DA SILVA

CPF: 179.160.974-00

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

TÍPICO DE NOTA FISCAL

042870218

APENAS PARA CONSUMO DOMÉSTICO

15/12/2018

15/12/2018

15/12/2018

2011285420

52860009

700642737

12/2018

14/01/2019

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79,06

79

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

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



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
Ouvíndia 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

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO B VASCONCELOS 111 -A

CENTRO/BARREIROS
55560-000 BARREIROS PE

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

DATA DE VENCIMENTO
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
2010365703

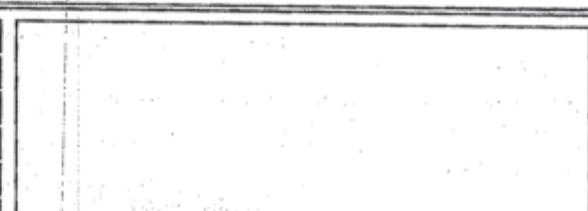
Nº DA INSTALAÇÃO
0005208593

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Trifásico

RESERVADO AO FISCO
CFD0.FE34.3A51.C884.6DDF.3095.B5C2.BFC2

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

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



Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)		KWh	
Consumo Ativo(kWh)	0,62156009	JAN	19
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAI	18
		ABR	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-Nº de horas sem Energia	BARREIROS	0,00	6,03	12,66	24,12
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,85	13,70
DIMC-Duração máxima da Interrupção contínua		0,00	3,54	0,00	0,00
DICRI-Duríssima de Interrupção em dia útil				Límite DICRI: 12,22	
Total Valor do Encargo de Uso = R\$ 72,85					
Todos os usuários podem solicitar o apuramento das Indicadoras DIC, FIC, DIMC e DICRI a qualquer tempo.					

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2019]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! misso costa foto e vídeo: rua dom luis no 380 centro / novi variedades: rua monsenhor teobaldo rocha centroLista completa em www.celpe.com.br."
Na data de 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 no 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	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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Júlio Cesar da Silva inscrito (a) no CPF 049.520.594-05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Moneló Mayk Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.403.284-02, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Moneló Mayk Pereira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.403.224-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

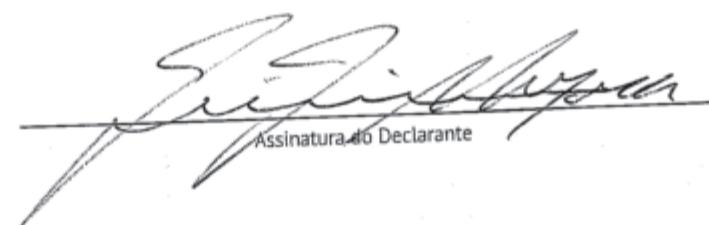
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, 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	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Jânio Botelho de Moraes</u>	<u>Bomreiros</u>	<u>193</u>	<u>A</u>
Bairro		Estado	CEP
<u>Centro</u>		<u>PE</u>	<u>55.560-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>81 3675-3858</u>	<u>81 99753-5587</u>	

Bomreiros, 30 de Janeiro de 2010
Local e Data


Assinatura do Declarante

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 Júlianem José Neiva da Silva inscrito (a) no CPF 049.520.594-05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Moncelo Mayk Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.403.284-02, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Moncelo Mayk Pereira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.403.284-02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

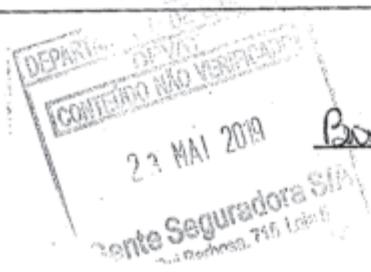


Recuso Informar

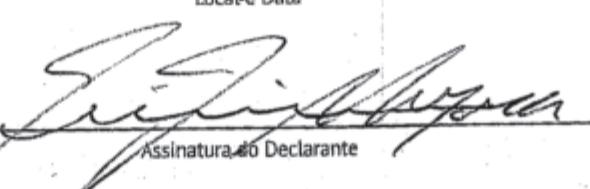
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua João Batista de Moraes	Número	133	Complemento	A
Bairro	Centro	Cidade	Bomreiros	Estado	PE
Email		Telefone comercial(DDD)	81 3675-1858	Telefone celular (DDD)	81 99753-5587



Bomreiros, 30 de janeiro de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante



Governo Municipal
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 prestadas 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: Filiação:

Ignorado 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: GR

CRM: 166501

Queixa Principal:

HDA:

*Paciente fez a confusão a
mídia do ponto exposto, apesar de
moto.*

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Embarque: SIAVAT	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
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.:
----------	--	--	--------

Era / respiração, apesar

B: Respiratório

Ar ... mu /

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"/> Ansic
----------------------	---	--

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:
---	---	---

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Escurvão DE Autobanho

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Exame realizado (ver)
fazer Rx

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Ass. Médico + Carimbo
Luis Antônio Góes Clínico
CRM: 11.650 - CREMAL 440

Ass. Enfermeira + Car

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Condição da Alta:

Curado Melhor
 Inalterado Piorado
 Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica:

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 prestadas 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 BAEYE Cidade: Barrelros 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: /

Queixa Principal:

HDA: *fue ao banho e caiu nessa pista depois que de moto fa 2h. Nege TCE, desmaio e veio. Abriu*

História do Trauma: 6112

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emético: 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: Sofreu 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 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO. Sim Não Temp.:
07 FEV 2019

B: Respiratório

C: Circulatório PA: *120* x *90* mm Hg Pulse bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocôricas Anisocôricas

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

E: Abdômen

• Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Pelopagra bens (1) AP/Artif

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

(1) Digerente - esp. 1M
(1) Desinato - esp. com

Cód. Procedimento

Ass. Médico + Carimb.
Dr José Júnior
CRM-PE 96769

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Ass. Enfermeira + Carir

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

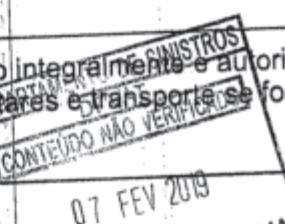
Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos e procedimentos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transportes se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



Gente Seguradora SIA
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 de todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



ALIANÇA
DIAGNÓSTICO PDI IMAGEM

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 metaepidáfisária 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. Frederic Mathews

Dr. Victor Rocha Martins
CRM 20765 PE



Os achados descritos neste relatório necessitam de criteriosa correlação com dados da história clínica, para adequada valorização/conducta. Obrigado!

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. Lecia Lima
Cirurgia da Mao
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: 009.111.884-01

Nº60

RECIBO

R\$ 200,00

Recebí(emos)de Marcelo Matheus Perreira da
Silva

CPF: 109.403.284-02.

A importância de: Duzentos reais —

Referente a Instrumentação em emergencia
fraterna de punho

Pelo que dou plena, geral e irrevogável quitação.

Recibo 08/01/19

Lidiane Rocha
Instrumentadora
009.111.884-01

LIDIANE ROCHA DA SILVA
INSTRUMENTADORA



ALIANÇA

www.libertatea.ro

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术 desalinhamamento 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
Dr. Victor Rocha Martins
RM 20765 PE



Os achados descritos neste relatório necessitam de criteriosa correlação com dados da história clínica, para adequada valorização/conduita. Obrigado!

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

• Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Usuário: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

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

Prontuário: 1092438

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:		Órg. 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 CONTEÚDOS

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



Dra. Letcia Lima
Cirurgia da Mão
CRM 00645

Médico: 20845
Conselho: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

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

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Usuário: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

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

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:	Órg. Emissor:	
Cidade:	UF: PE	Telefone:

Identificação do Fornecedor		
Ass. do Farmacêutico		Data:



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Usuário: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Prontuário: 1092438

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

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
20645

Jaboatão dos Guararapes,

08/01/2019 11:38:55

Médico: 20645
Consulta: 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 RÁDIO 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 da 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

Prontuário: 1092438

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Atendimento: 341466 Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 25 Dias

Sexo: Masculino

DESCRÍÇÃO 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: Iidiane 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

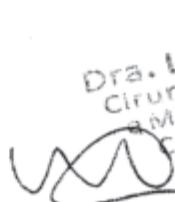
CIRURGIA:

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA:

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 BRAQUIRADIAL
- 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

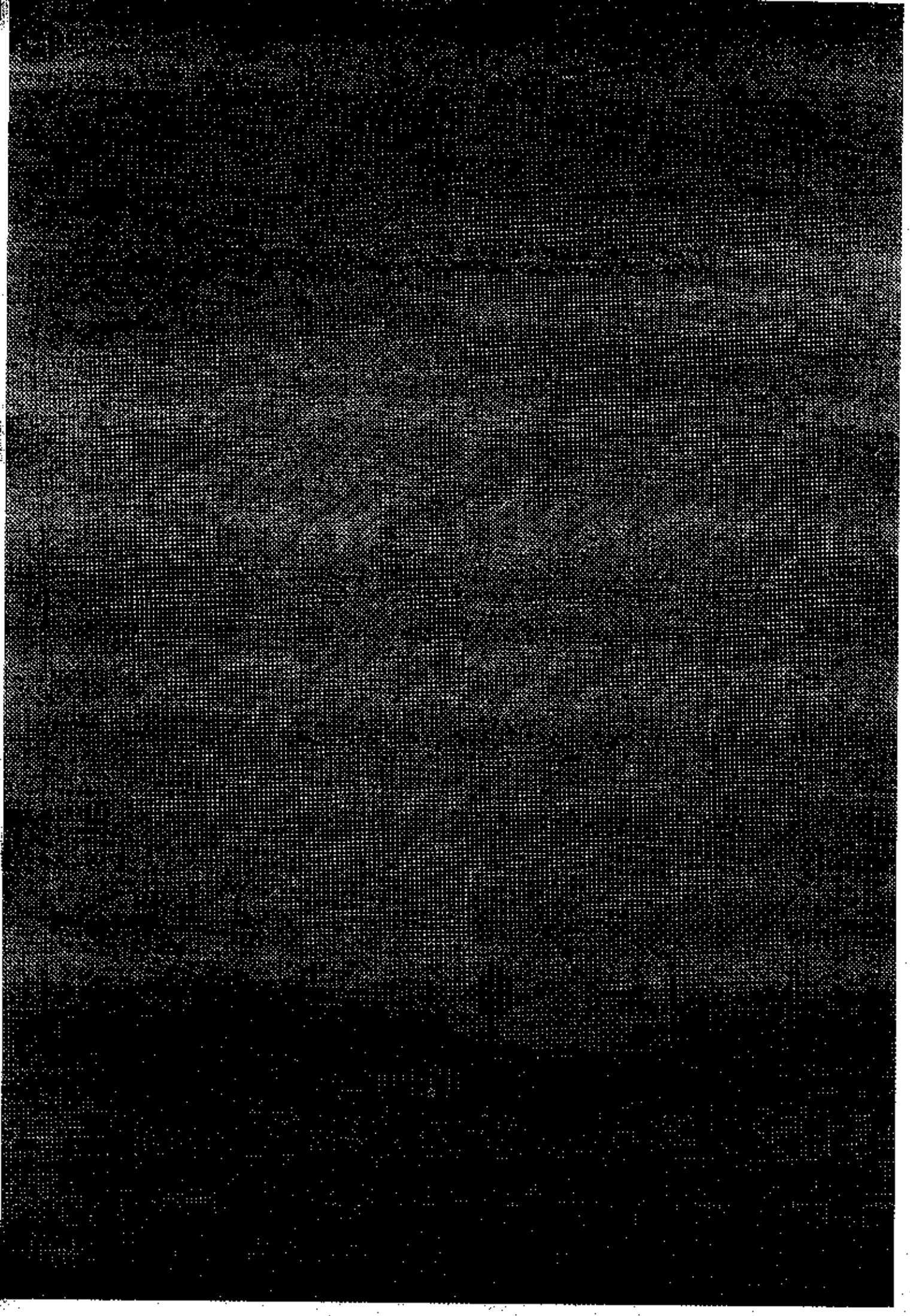
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM - 20645

Procedimentos:

Procedimento:

Procedimento SUS:







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

Informações prestadas 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: Filiação:

Ignorado 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: GR

CRM: 116801

Queixa Principal:

HDA: *Paciente fez o corte na
mão do punho esquerdo, apesar de
moto.*

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim Não Episódio *DEPARTAMENTO DE SINISTROS* *PERÍODO: SIM / NÃO* *CONTEÚDO NÃO VERIFICADO* Acidente de Trabalho: Sim

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: *07 FEV 2019*

Colisão: Sim Não Tipo: *Gente Seguradora SIA* Motorista Passageiro

Atropelamento: Sim Não Local do Impacto: *Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5*

Vítima de Ferimento: Sim Não Tipo: *Graus: Rebatido* *Queda: Soffeu* Queda: Sim Não Altura: *CEP: 52011-040*

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.: *23 MAI 2019*

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

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

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

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Confusão DE Auto-Burto

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Exame realizado (ora)
ppm Rx

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Cód. Procedimen

Ass. Médico + *Luis Antônio Clínico*
CRM: 11.650-CREMAL

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

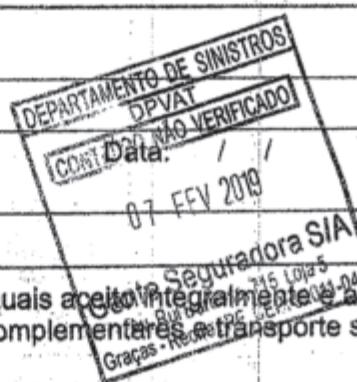
Internado na Clínica:

Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:



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 nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

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	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
-------------------	--

Ocorrência:	Modo de Transporte:
-------------	---------------------

Procedência: São José da Coroa Grande	
---------------------------------------	--

Atendimento Médico:	
---------------------	--

Data: / /	Horas: / /	Médico:	CRM: /
-----------	------------	---------	--------

Queixa Principal:	
-------------------	--

HDA: *fovea com dor e edema em fundo (Esgotado o humor aquoso)*
moto da ± 2h. Negativo CE, dor nojo e vómito. Abdomen

História do Trauma:	61 12
---------------------	-------

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--

Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:
--	-------

Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
---	-------	--

Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local do Impacto:
---	-------------------

Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Altura:
---	-------	--

Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
--	------	---------------------------

Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por que:
--	----------

Exame físico:	
---------------	--

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Departamento de Sinistros CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Temp.:
----------	---	--	--	--------

B: Respiratório	Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3 Belo Horizonte - MG - CEP: 31010-000	01 FEVEREIRO DE MIL E TRÊS MIL DEZ
-----------------	---	------------------------------------

C: Circulatório	PA: /26 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: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>
----------------------	---	--

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:
---	---	---

E: Abdômen

• Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Palpação bens (E) Abd/retrol

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

① Drenagem - Iag. 1M
② Drenagem - Iag. com

19/02/2013
BB

Ass. Médico + Junior
Dr. José Júnior Melo
CRM-PE 26769

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 Melho

Inalterado Piora

Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

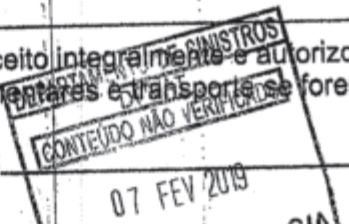
Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transportes se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



Gente Seguradora SIA
Av. Rio Barbosa, 715 Loja 3
Recife/PE CEP: 52011-040

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



ALIANÇA

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术 desalinhamen-
to máximode 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

Von Frieder Ullmann

Dr. Victor Rocha Martins
CRM 20765 PE



Os achados descritos neste relatório necessitam de criteriosa correlação com dados da história clínica, para adequada valorização/conduita. Obrigado!

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Usuário: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Prontuário: 1092438

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

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. Leila Lima
Cirurgia da Mama
CRM 20645

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

Médico: 20545

Conselho: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

LIDIANE ROCHA DA SILVA
INSTRUMENTADORA
CPF: 009.111.884-01

Nº60
RECIPO

R\$ 200,00

Recebi(emos)de Marcos Mark Pereira da
Silva

CPF: 109.403.284-02.

A importância de: Duzentos reais —

Referente a Instrumentação cirúrgica
matéria de punho

Pelo que dou plena, geral e irrevogável quitação.

Recife 08/01/19

Lidiane Rocha
INSTRUMENTADORA
009.111.884-01
LIDIANE ROCHA DA SILVA
MEDICO DENTISTA



ALIANCA

Digitized by srujanika@gmail.com

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 iodoado.

ANALISE:

Ausências de outras fraturas ósseas

Pequeño derrame articular

Aumento da partes moles em região do punho

Articulações radio-carpal e ulno-carpal processadas

卷之三

Dr. Victor Rocha Martins
CRM 20765 PE



Os achados descritos neste relatório necessitam de criteriosa correlação com dados da história clínica, para adequada valorização/conduite. Obrigado!

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

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

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Prontuário: 1092438

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

Nome: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA			1 ^a Via Farmácia
CRM: CRM - 20645 UF: PE Nº:			2 ^a 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 FORTE


Dra. Lécia Lima
 Cirurgia da Mão
 CRM 20645

Identificação do Comprador

Nome:		Ident.:
Endereço:		Órg. Emissor:
Cidade:	UF: PE	Telefone:

Identificação do Fornecedor

Ass. do Farmacêutico

Data:



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

» Atendimento: 341466

Convênio: UNIMER INTERCAMBIO

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Leito de Observação: FNE 05 - LEITO 03

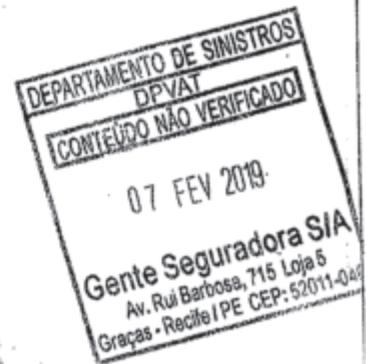
Sexo e Masculinidade

RECEITUARIC

USO ORAI

TAMIRAN 750 MG 01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 04 A 04 HORAS POR DIA

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



Jaboatão dos Guararapes,

08/01/2019, 11:38:55

Médico: 10345
CONSELHO DE HIGIENE CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Atendimento: 341466 Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

USUÁRIO: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

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

Pronutário: 1092438

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

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:		Órg. Emissor:
Cidade:	UF: PE	Telefone:
Identificação do Fornecedor		
Ass. do Farmacêutico		Data:



Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Usuário: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Prontuário: 1092438

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 19 Dias

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

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



Jaboatão dos Guararapes,

08/01/2019 11:38:55

Med. pol. 20645
Conselheira: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Usuário: 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: 5525



Dra. Lécia Lima
Cirurgia da 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

Atendimento: 341466

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Idade: 26 Anos, 0 Mês e 25 Dias

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

Prontuário: 1092438

Leito de Observação: ENF 05 - LEITO 02

Sexo: Masculino

3 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:

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA:

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 BRAQUIRADIAL
- 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 ÂNGULO VARIÁVEL + 01 PARAFUSO BLOQUEADO DE ÂNGULO 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

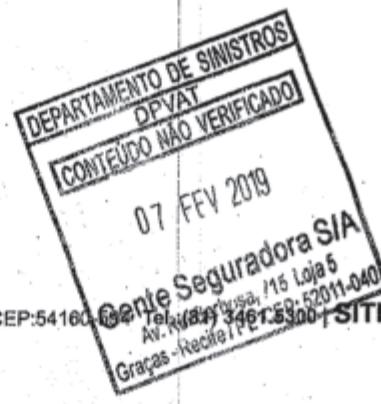
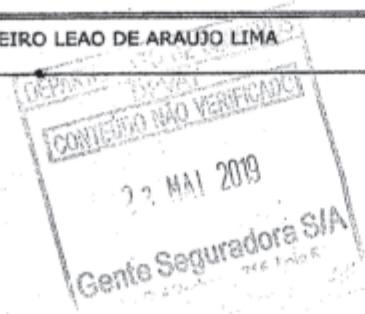
Dra. Lécia Lima
Cirurgia da Mão
e Microcirurgia
CRM 20645

PRESTADOR: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CRM - 20645

Procedimentos:





HOSPITAL
GUARARAPES

Nome: MARCELO MAYK PEREIRA DA SILVA

Atendimento: 368495

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Idade: 26 Anos, 5 Meses e 0 Dia

Usuário: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO

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

Prontuário: 1092438

Leito de Observação:

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

Ad 074 895119

LAUDO MEDICO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RÁDIO 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

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

Dra. Lécia Lima
Cirurgião da Mão
CRM 20645

Médico: ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO

Conselho: 20645

Impresso em : 20/05/2019