

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **083.027.594-06** 4 - Nome completo da vítima: **André Bandeira de Melo**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: **André Bandeira de Melo** 6 - CPF: **083.027.594-06**
7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **Sítio Sape** 9 - Número: **990** 10 - Complemento: **asa**
11 - Bairro: **Zona Rural** 12 - Cidade: **Limoeiro** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.120-200**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **011-996636080**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0053** CONTA: **76155** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

37 - [] Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Limoeiro - PE 10-01-2020**

André Bandeira de Melo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0205002369**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/11/2019** às **12:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/10/2019** às **07:31**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL, PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, PE90 / KM32 / POVOADO DE LAGOA CUMPRIDA - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
MARIA JOSÉ BANDEIRA DE MELO (OUTRO)
ANDRÉ BANDEIRA DE NELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDRÉ BANDEIRA DE NELO**

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

ANDRÉ BANDEIRA DE NELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA BANDEIRA DE MELO** Pai: **JOÃO JOAQUIM DE MELO** Data de Nascimento: **9/8/1988** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8053650/SDS/PE (RG), 08302759406 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 998915723**

Residencial: **ZONA RURAL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, SÍTIO SAPÉ - CEP: 55700000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: . Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA JOSÉ BANDEIRA DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA BANDEIRA DE MELO** Pai: **JOÃO JOAQUIM DE MELO** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8785541/SDS/PE (RG), 11085539407 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 998915723**

Residencial: **ZONA RURAL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, SÍTIO SAPÉ - CEP: 55700000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/11/2020

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSÉ BANDEIRA DE MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDRÉ BANDEIRA DE NELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGH6076** (PERNAMBUCO/LIMOEIRO) Renavam: **206158750** Chassi: **9C2KC1550AR087609**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGA QUE NO DIA 07 DE OUTUBRO DO CORRENTE ANO, QUANDO TRANSITAVA NA PE90, APROXIMADAMENTE NO KM22, NO POVOADO DE LAGOA COMPRIDA, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA JÁ QUALIFICADA NESTE BO, SOFREU UM ACIDENTE QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A FRENTE DA MOTO, QUE COLIDIU COM O ANIMAL E DERRUBOU A VÍTIMA COM A MOTOCICLETA, CAUSANDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, E OUTROS OUTRAS LESÕES NO OMBRO DIREITO. SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

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

André Bandeira de Melo
ANDRÉ BANDEIRA DE NELO
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *[Assinatura]* **JOSÉ WELLINGTON DUTRA DE BARROS** - Matrícula: **3848167**



KOTE SEGURANÇA
Erica Araújo
16/01/2020



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0205002374**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/11/2019** às **13:52**

Complementa o BO Número: **19E0205002369**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **11/10/2019** às **21:07**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL, PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, PE90 / KM32 / POVOADO DE LAGOA CUMPRIDA - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
MARIA JOSÉ BANDEIRA DE MELO (OUTRO)
ANDRÉ BANDEIRA DE NELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDRÉ BANDEIRA DE NELO**

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

ANDRÉ BANDEIRA DE NELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA BANDEIRA DE MELO**
Pai: **JOÃO JOAQUIM DE MELO** Data de Nascimento: **9/8/1988** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8053650/SDS/PE (RG), 08302759406 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 998915723**

Residencial: **ZONA RURAL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, SÍTIO SAPÉ - CEP: 55700-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: , Data de Nascimento: **1/1/1900**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA JOSÉ BANDEIRA DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA BANDEIRA DE MELO** Pai: **JOÃO JOAQUIM DE MELO** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8785541/SDS/PE (RG), 11085539407 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 998915723**

Residencial: **ZONA RURAL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, SÍTIO SAPÉ - CEP: 55700-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO**

KOTE SEGURANÇA
Erica Araújo
16/11/2020

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSÉ BANDEIRA DE MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDRÉ BANDEIRA DE NELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGH6076** (PERNAMBUCO/LIMOEIRO) Renavam: **206158750** Chassi: **9C2KC1550AR087609**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGA QUE NO DIA 07 DE OUTUBRO DO CORRENTE ANO, QUANDO TRANSITAVA NA PE90, APROXIMADAMENTE NO KM22, NO POVOADO DE LAGOA COMPRIDA, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA JÁ QUALIFICADA NESTE BO, SOFREU UM ACIDENTE QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A FRENTE DA MOTO, QUE COLIDIU COM O ANIMAL E DERRUBOU A VÍTIMA COM A MOTOCICLETA, CAUSANDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, E OUTROS OUTRAS LESÕES NO OMBRO DIREITO. SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

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

André Bandeira de Melo
ANDRÉ BANDEIRA DE NELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ WELLINGTON DUTRA DE BARROS** - Matrícula: **3848167**



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/10/2020

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **083.027.594-06** 4 - Nome completo da vítima: **André Bandeira de Melo**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: **André Bandeira de Melo** 6 - CPF: **083.027.594-06**
7 - Profissão: **Aquilon** 8 - Endereço: **Sítio Sape** 9 - Número: **990** 10 - Complemento: **um**
11 - Bairro: **Zona Rural** 12 - Cidade: **Limoeiro** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.120-200**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **011-996636080**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0053** CONTA: **76155** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

37 - [] Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Limoeiro - PE 10-01-2020**

André Bandeira de Melo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE BANDEIRA DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000056155-0

Nr. da Autenticação E80A757EE42D8EFC

CELPE

Compañía Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111, Ilha de Itaipua, Recife - PE, CEP 51050-002
CNPJ 10.825.932/0001-08 | Insc. Est. 0708943-32 | www.cipe.com.br

[illegible]

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA.

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

CPE 718 232 534 20

与日俱进, 与时俱进。

LIMAJHO PE

55733-400

CLASSIFICAÇÃO

51 用词和用字

WT:BA-2025-10-04	WT:BA-2025-10-04	WT:BA-2025-10-04
063122367	063122367	063122367

SPRINT/PROJETO	Nº DO CLIENTE	Nº DA REGISTRAÇÃO
2015/2016	2001362974	1871692

CONTI CONTRATO	EDICION
2349392014	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE RECEBIMENTO (se houver)
05/11/2019	28/11/2019
TOTAL A RECEBER	
71,38	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Vtd)	31,0000000	0,9100000	28,21
Acesso ao Sistema AMAPPA			1,50
Acesso ao Sistema VERMELHA			0,57
Cartão: Rm. Público Municipal			2,34
CMS Suller (R\$) - 0,25 RF 0754707 75,2000000			0,41
Multa por Ativo RF 078290031 - 25000 RF			0,99
Multa por Ativo RF 078290031 - 25000 RF			0,08

TOTAL DA FATURAS

7138

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000	CL	01/01/2018	0,00000	01/01/2018	0,00000	31	0,00000		01,00

[illegible]**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

INFORMAZIONE IMPORTANTE
 Agente di cambio e società di servizi finanziari sono autorizzati a vendere titoli e servizi finanziari. La DITB, il più grande brokeraggio italiano, è un agente di cambio autorizzato. Le informazioni e i dati pubblicati sul sito web della DITB sono solo a scopo informativo e non costituiscono una offerta di vendita. Per maggiori informazioni, visitate il sito web della DITB o contattate il vostro agente di cambio. La DITB non è responsabile per le perdite o i danni derivanti dall'uso del sito web della DITB. La DITB non è responsabile per le perdite o i danni derivanti dall'uso del sito web della DITB. La DITB non è responsabile per le perdite o i danni derivanti dall'uso del sito web della DITB.

Internationally, the prevalence of the disease is estimated to be 100,000-200,000 cases per year, with a 10% mortality rate. The disease is caused by a parasite, *Trichinella spiralis*, which is found in the muscle tissue of many animals, including pigs, horses, and humans. The parasite is transmitted to humans through the consumption of undercooked meat, particularly pork. The disease is characterized by a variety of symptoms, including muscle pain, weakness, and fever. In severe cases, it can lead to respiratory failure and death. The disease is preventable through proper food handling and cooking practices, and early diagnosis and treatment can significantly improve the outcome for affected individuals.

	CUSTOS E DESPESAS DAS OPERAÇÕES				RESULTADO DE PERÍODO	
	DESEMBOLSO (L. 1.238)	VALOR CONTÁBIL (R\$)	LIMITE MATERIAL	LIMITE TRIBUTÁRIO	TÍTULOS NOMINAIS (R\$)	LIMITE DE VOTAÇÃO (R\$)
					BRASILEIRO	ESTRANGEIRO
QNE		0,00	01,16	22,82	84,85	
PNQ		0,00	7,74	(15,3)	40,28	
DBIC		0,00	0,00	0,00	0,00	

© 2002 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 252: 103–110

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/01/2020

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: ANDRE BANDEIRA DE MELO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLINICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S430 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO

DATA DE INTERNAMENTO: 12/10/2019

DATA DA CIRURGIA: 14/10/2019

DATA DE ALTA: 15/10/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 28/10/2019 **HORÁRIO:** 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/11/2020

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 15 DE OUTUBRO DE 2019

Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM: 23.999

MEDICO: PAULA CARDOSO DE MEDEIROS

Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: PAULA CARDOSO DE MEDEIROS	
CRM: 23999	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 15/10/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Dra. Paula Cardoso
Médica
Ass. do médico
CRM: 23.999

Identificação do Paciente	
Nome: ANDRÉ BANDEIRA DE MELO	
Endereço: SÍTIO SAPE - ZONA RURAL, CENTRO, CEP: 55700000, Nº 1, LIMOEIRO - PE	
Prescrição: PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG / 30MG) ----- 02 CAIXAS TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.	

Identificação do Comprador		
Nome:	RG:	
	Org. emissor:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel.:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	
Data: / /	

KOTE SEGURO
Erica Araújo
16/01/2020

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: ANDRE BANDEIRA DE MELO

USO ORAL

1. DÍPIRONA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS
3. AAS 100mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO APÓS ALMOÇO POR 45 DIAS
4. CEFALÉXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

DATA: 15/10/2019


Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM: 23.999

ASSINATURA E CARIMBO

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/01/2020

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Andre Bandeira de MeloREGISTRO: 776311 DATA DE NASCIMENTO: 09/08/1988RG: 8053650 ORGÃO EMISSOR: SDS/PEENDEREÇO: Sítio Sabê LimoeiroNOME DA MÃE: Maria Bandeira de MeloDATA ADMISSÃO: 12/10/2019 DATA ALTA: 16/10/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 14/10/2019 CID: S42.0DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavicula
Esquerda — " — "TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura da Clavicula Esquerda + Tratamento
de Retração Muscular + Neurolise +
osteotomia — " — "MÉDICO: Oswaldo CoimbraCREMEPE: 16658KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/10/2019JABOATÃO DOS GURARAPES, 28 DE Outubro DE 2019.Leonardo Costa
Médico
CRM 23550

MÉDICO

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ANDRE SANDEIRA DE MELO

Prontuário: 776311

Atendimento: 247842

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 11 - LEITO 05

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FX DE CLAVÍCULA ESQ

CID: S420

Procedimento Solicitado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesiista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
☐ Diária de UTI
☐ Diária de Acompanhante
☐ Vacina Anti -- Rh

- ☐ Uso de Prótese Órtese
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 12/10/2019

Data da Alta:

Dias de Hospitalização:

dia (s).

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550



Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 247842 Nascimento: 09/08/1988
Responsável: Prontuário: 776311 Sexo: Masculino
Nome: ANDRE BANDEIRA DE MELO Data e Hora do Atendimento: 12/10/19 22:13:20
Idade: 31 Anos, 2 Meses e 3 Dias Profissão: Escolaridade:
CPF: Identidade: 8053650 Telefone:
Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 200393169840002
Nome da Mãe: MARIA BANDEIRA DE MELO Nome do Pai:
Endereço: SÍTIO SAPE ZONA RURAL, CENTRO, CEP: 55700000, Nº 1, LIMOEIRO - PE
OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermaria / Leito: ENF 11 - LEITO 05
Médico: MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374 CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOBILISTICO HA 1 DIA, COM DOR E TORTUOSIDADE EM MMSS.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS

EXAME FISICO GERAL:

EGREG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM IT BNF SS

AP - RESPIRATORIO:

MV+ EM AHT SEM RA

ABDOMEN:

LACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

UTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

1- FRATURA DE CLAVICULA E

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Milena NOVAIS ALVES

MEDICINA
CRM RJ: 27.374

MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374



33700

HGV - Hospital Getúlio Vargas



133839

Previdência

Atendimento: 782158

CNS: 200393189840002

Paciente: ANDRE BANDEIRA DE MELO

Nascimento: 06/08/1986

Idade: 31 Anos

Sexo: MASCULINO

Mae: MARIA BANDEIRA DE MELO

Fone: 9688-6738

End: SITIO SAPE, Nr: 0 - ZONA RURAL

LIMOEIRO - PE - Cep: 54700000

Post: 812 PLANTONISTA HGV - CNE: 15/10/2019 - HC: 8232 - Unidade: CASUARINA

NOME DA UNIDADE:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CGC Nº:

372.043/0005-51

(03 vias)

LAUD

EXATOS 50%

NOME DO PACIENTE:

ARQUIVAMENTO:

SEXO:

Nº DO REGISTRO:

1133839

NOME DO LAR:

EXATOS:

PA:

EXATOS:

APR:

EXATOS:

EXATOS:

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

História de queda de moto com trauma em ombro direito.

EXAME FÍSICO:

Exame físico normal. De 2 lesões em clavícula esquerda.

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame Físico @ Rx

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura Clavícula Esq.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento Hospitalar

COXES

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

SOT

CARATER DA INTERNAÇÃO

DATA: 22/10/2019

DATA: / /



SIGNADO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

SIGNADO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

SIGNADO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE COMPLEMENTAR

DATA DE ASSINATURA

Hospital Getúlio Vargas - Rua do Comércio

Recife - PE - CEP 50.050-000

Fone: 3021.2100


NOV-2019-191

Laudo para solicitação de autorização de Internação - SES

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome do paciente				Nº Protuário
ANDRE BANDEIRA DE MELO				776311
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça Cor	Etnia
	09/08/1988	Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/>		
Nome da Mãe				Telefone de contato
MARIA BANDEIRA DE MELO				
Nome Responsável				
Endereço		Número	Bairro	
SÍTIO SAPE ZONA RURAL		1	CENTRO	
Município		IBGE	UF	CEP
LIMOEIRO				55700000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOBLISTICO HÁ 1DIA , COM DOR E TORTUOSIDADE EM MMSS.			
Condições que justificam a internação			
TRATAMENTO CIRURGICO			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
RADIOPGRAFIA COM FRATURA DE CLAVICULA E			
Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE CLAVICULA E			

PROCEDIMENTO SOLICITADO		
Descrição do Procedimento Solicitado		Código do Procedimento
INTERNAMENTO		
Especialidade	Caráter de Atendimento	Documento
ORTOPEDIA		<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assis
ILENA ALVES		
Data da Solicitação		Assinatura e Carimbo (Nº de Registro ao Conselho)
12/10/2019		<div style="text-align: center;">  Médica CRM-PE 27.374 </div>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
<input type="checkbox"/> Acidente de trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho típico			
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho trajeto	CNPJ / Empresa	CNAE/Empres	CBO
Vínculo com a Previdência			
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado
		<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Segu

AUTORIZAÇÃO	
Nome do Profissional Autorizador	Cod. Órgão Emissor
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
Setor	

KOTE SEGURO
 Erica Araújo
16/10/2020

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ANDRE SANDEIRA DE MELO

Apudamento: 247842

Sexo: Masculino

Prontuário: 776311

Unidade de Internação / Leito: ENF 11 - LEITO 05

Idade: 31 Anos, 2 Meses e 5 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Classificação:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (040302007-7) + OSTEOTOMIA CLAVÍCULA (040801011-8) + TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA (040801015-0) + TRATAMENTO RETRAÇÃO MUSCULAR (040805057-6)

Data: 14/10/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1.º Auxílio Cirúrgico: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

03. 2.º Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

05. Anestesia:

Anestesiologista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSERVA E ANTISSEPSE
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA
OSTEOTOMIA DE BORDAS DA FRATURA PARA ALINHAMENTO E REDUÇÃO
LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE
NEURÓLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULARES
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA MEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS

Dr. Osvaldo Coimbra Jr.
Ortopedia / Traumatologia
C.R. Osvaldo Coimbra
CRM-PE: 16658 - RPO: 13321

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/01/2020

andre bandeira de melo,,
Sex: Masc.
Data de nascimento:
ID:776311.....

Data de aquis.:25/11/201
Hora de aquis.:08:12:5
Indice de exp.:219

Esq.

OMBRO
AVILAR
W: 4095, L: 2048
ID de técnico:admin

16cm

Escala:0
Carestream Health R&D Hospita

andre bandeira de melo,,
Sex: Masc.
Data de nascimento:
ID:776311.....

Data de aquis.:25/11/201
Hora de aquis.:08:10:4
Indice de exp.:159

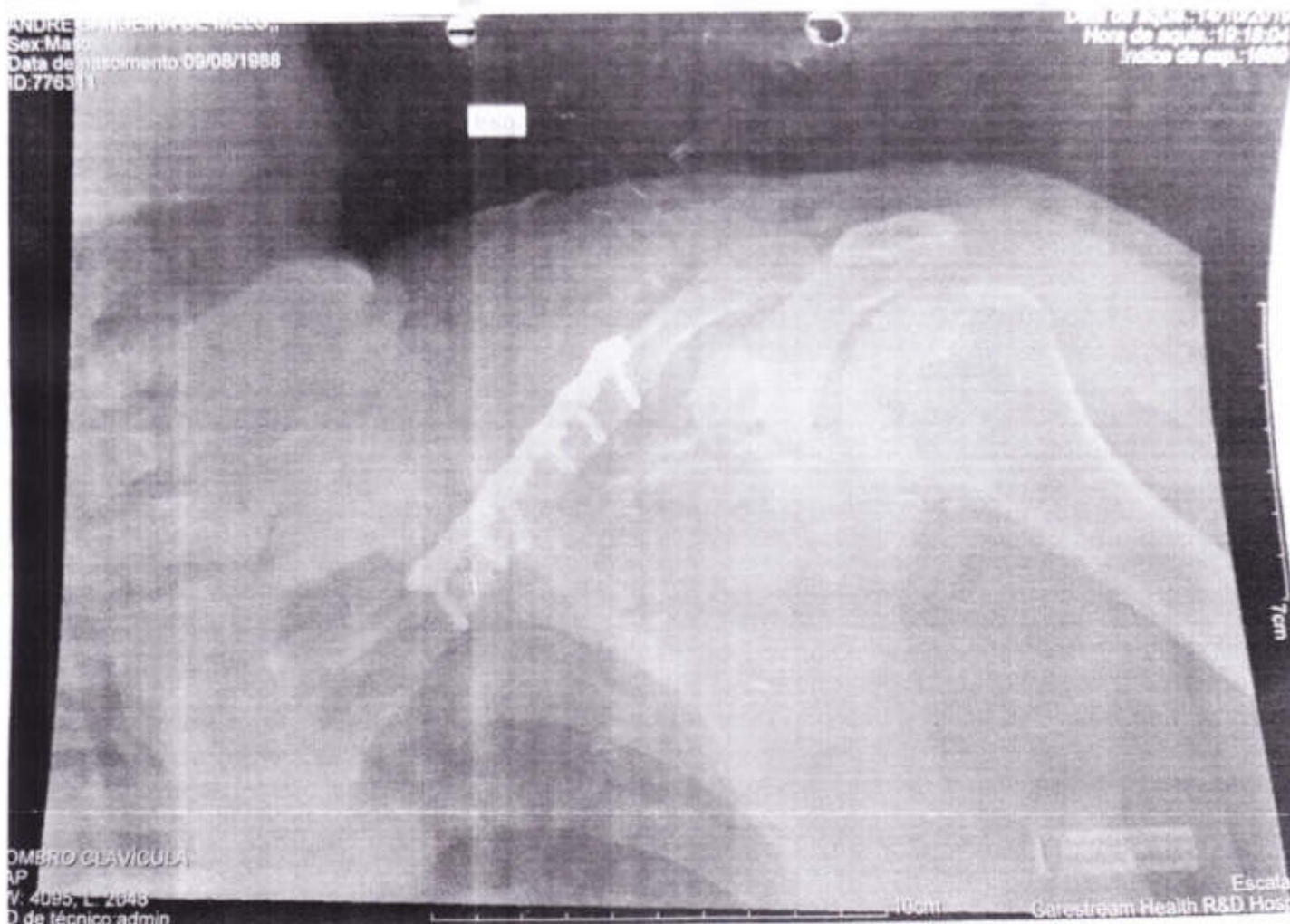
Esq.

OMBRO CLAVICULA
AP
W: 4095, L: 2048

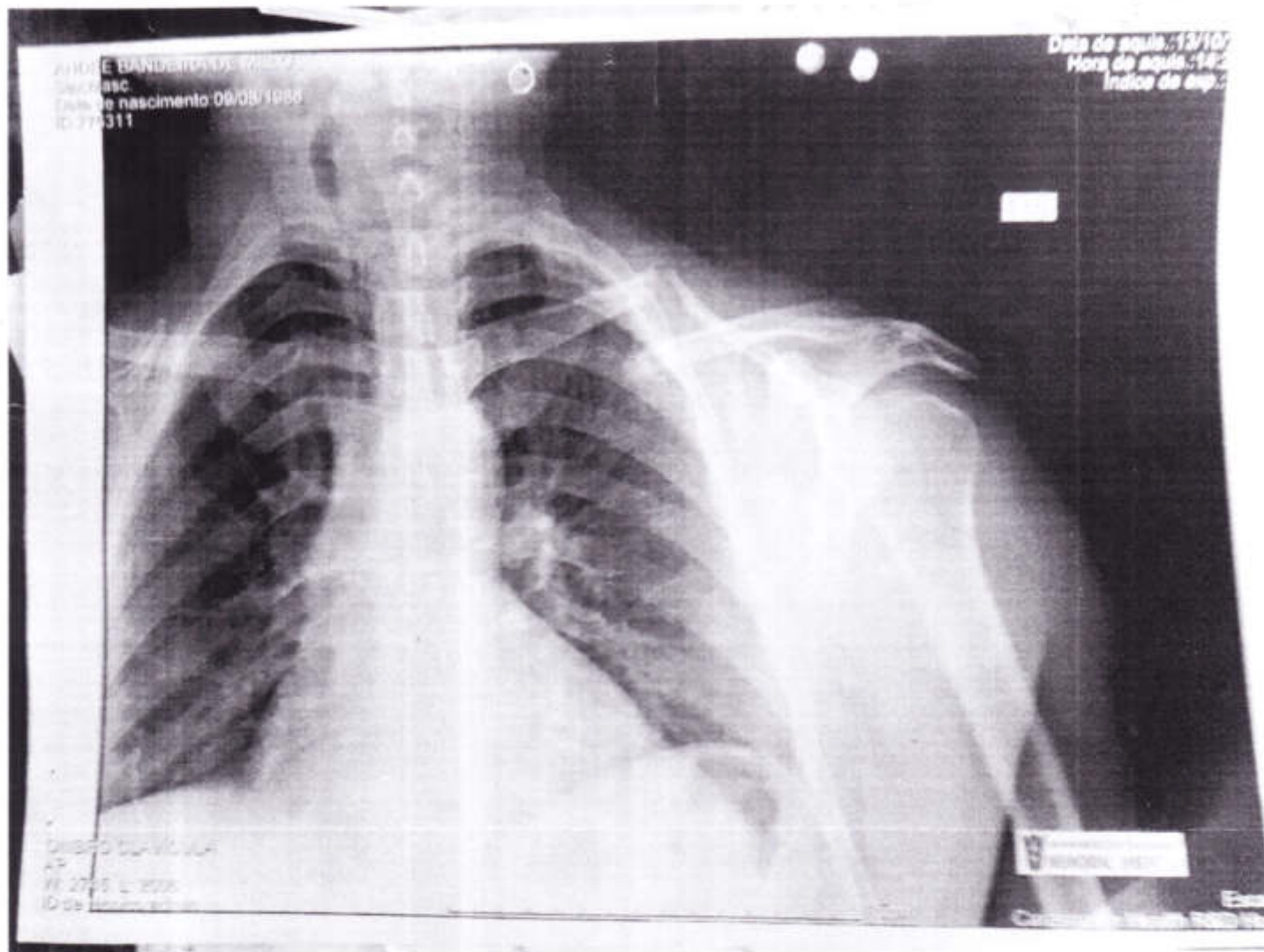
Escala:0

ANDRE SARGENT DE WELLS,
Sex: Male
Data de nascimento: 09/08/1988
ID: 776311

Data de aquisição: 10/10/2019
Hora de aquisição: 10:18:04
Índice de exp.: 1000



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/01/2020



KOTE SEGURO
Erica Araujo
16/01/2020

 REPÚBLICA GOVERNADOR CARVALHO GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		 PE
Nome ANDRÉ BAMBICA DE MELO		
DOC. IDENTIDADE / Org. EMISSOR / UF 8053650 RDD PE		
CPF 083.027.396-06		DATA NASCIMENTO 09/08/1988
Residência JOÃO JOAQUIM DE MELO		
MARIA BAMBICA DE MELO		
		
1ª REGISTRAÇÃO 06/03/2009		
VALIDADE 07/07/2021		
2ª REGISTRAÇÃO 22/01/2009		
OBSERVAÇÕES NENHUMA		
Assinatura 		
Assinatura do Portador LOCAL: LIMOSINHO, PE DATA EMISSÃO: 11/03/2019		
Assinatura do Emissor Roberto Figueiredo Roberto Carlos Mendes Figueiredo Diretor Presidente		
Assinatura do Emissor 44200651614 29091092837		
PERNAMBUCO		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1759479747

PROIBIDO PLASTIFICAR
1759479747

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/01/2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028353 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE BANDEIRA DE MELO **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. P 6, 12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P9, 10 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028353 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE BANDEIRA DE MELO **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. P 6, 12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P9, 10 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028353

Vítima: ANDRE BANDEIRA DE MELO

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE BANDEIRA DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028353

Vítima: ANDRE BANDEIRA DE MELO

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE BANDEIRA DE MELO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ANDRE BANDEIRA DE MELO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000053**

Conta: **0000056155-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

