

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - PE
CERTIFCADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014484241974
VIA [RENAVAM] [R.NTR.C.] EXERCÍCIO
1 906258693 [*****] 2019

VALMIRLANE HONORATO FERREIRA
NOME

RECIFE - PE
0

110.684.684-24 KIU9521
PLACA

9C6KG017070037564
CHASSI

ESPECIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA
MARCA / MÓDELO
YAMAHA / FAZER Y5250

COMBUSTIVEL
GASOLINA
ANO FAB. [2006] ANO MOD. [2007]

CATEGORIA
PARTIC
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

2 P / 249 CL
VENC. COTA ÚNICA
1 IPVA 2019 QUITADO
P FAIXA IPVA
V *****
A *****

VENC. COTA ÚNICA
1º P 1º P 1º P 1º P 1º P 1º P
2º P 2º P 2º P 2º P 2º P 2º P
3º P 3º P 3º P 3º P 3º P 3º P

PRÉMIO TARIFÁRIO
PRÉMIO TOTAL (R\$) 84,58

DATA DE PAGAMENTO 04/02/19

SEM RESERVA
OBSERVAÇÕES

CONTRAN

TessãoGeral-Seara

RECIFE Roberto Carlos Moreira Fontelles 19/02/19

REDAÇÃO DE GUARDE O BILHETE DPVAT
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. - SEGURO DPVAT

PE Nº 014484241974 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VALMIRLANE HONORATO FERREIRA

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

RECIFE - PE
0

110.684.684-24 KIU9521
PLACA

9C6KG017070037564
Nº CHASSI

2006 09
RENAVAM

YAMAHA / FAZER Y5250
MARCA / MÓDELO

PRÉMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO SEGURO (R\$)
13 MAI 2019

36.05 4.01 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
TOTAIS SERVIDOS PELO SEGURO (R\$) 0.32 84.58

DATA DE PAGAMENTO 04/02/19
PAGAMENTO PARCELADO

X COTA ÚNICA
DATA DE QUITAÇÃO 04/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

MAI / 2018

13 MAI 2019
Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 777
Graspas - Recife/PE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190320302

Nome do(a) Examinado(a): JAILSON FERREIRA INACIO

Endereço do(a) Examinado(a): TV SARAMANDAIA, 4 - RECIFE/PE - CEP 50920-085

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4728657 - sds pe - 05/03/2010

Data e Local do Acidente : 15/11/2018 - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE

Data e Local do Exame : 09/07/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de 4 metacarpo esquerdo

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 45 dias.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima com consolidação viciosa da fratura, realiza flexão de 4 metacarpo a cerca de 20 graus, deficit de força residual da mão esquerda.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação residual da mão esquerda, com consolidação viciosa da fratura

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

“Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

“Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

mão esquerda

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190320302 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO **Data do acidente:** 15/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de 4 metacarpo esquerdo

Descrição do exame Vítima com consolidação viciosa da fratura, realiza flexão de 4 metacarpo a cerca de 20 graus, deficit de força física: residual da mão esquerda.

Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 45 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional residual (10%) em mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em mão esquerda, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190320302

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

Data do acidente: 15/11/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de 4 metacarpo esquerdo

Descrição do exame Vítima com consolidação viciosa da fratura, realiza flexão de 4 metacarpo a cerca de 20 graus, deficit de força física: residual da mão esquerda.

Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 45 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional residual (10%) em mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em mão esquerda, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190320302 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO **Data do acidente:** 15/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 8

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 8 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190320302 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO **Data do acidente:** 15/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Jailson Ferreira Inacio, Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro, Profissão: funcionário, Residente e domiciliado à Rua Av. Vila Saramandaia, nº 4, Bairro: Terezópolis, Município de: Recife, Estado: PE, Cep: 50920-085, Rg nº 11428654, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 02985664438

Outorgado(a): Juliana Maria da Silva Nascimento, inscrito(a) no CPF sob o nº 111.691.044-60, Rg: 9.272.633, órgão emissor SDS-PE, estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma. Com endereço na Tv. 3 Sempre Viva, N° 78, Curado II, Jaboatão dos Guararapes-PE. Cep: 54000-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Jailson Ferreira Inacio, ocorrido em 15/01/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a)dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Recife, 12, de março de 2019

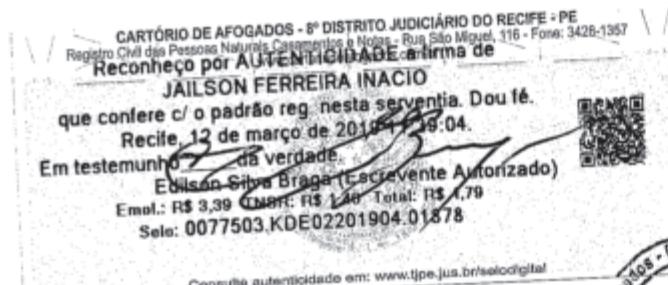


JAILSON FERREIRA INACIO

Outorgante



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159565/19

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

CPF: 029.856.644-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: JAILSON FERREIRA INACIO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

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

JAILSON FERREIRA INACIO : 029.856.644-38

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 13/05/2019

Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

CPF: 111.691.044-60

Data do cadastramento: 13/05/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159565/19

Número do Sinistro: 3190320302

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

CPF: 029.856.644-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: JAILSON FERREIRA INACIO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

JAILSON FERREIRA INACIO : 029.856.644-38

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 03/07/2019

Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

CPF: 111.691.044-60

Data do cadastramento: 03/07/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos

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, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190320302 **Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO**

Data do Acidente: 15/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON FERREIRA INACIO

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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190320302

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190320302

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILSON FERREIRA INACIO

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190320302 **Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO**

Data do Acidente: 15/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON FERREIRA INACIO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JAILSON FERREIRA INACIO

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000000046**

Conta: **0000084435-0**

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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:

029 856 644 38

Jailson Ferreira Túlio

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

Nome completo: *Jailson Ferreira Túlio* CPF: 029 856 644-38
 Profissão: *Músico* Endereço: *Av. Vila Daramandala* Número: 4 Complemento: —
 Bairro: *Treipio* Cidade: *Reife* Estado: *PE* CEP: 50920-085
 E-mail: *[redacted]* Tel. (DDD): (81) 98693-7945

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (81) 98641-1913

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0046**

CONTA: **000 844 35**

(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 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.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

13 MAI 2019

Gente Seguradora SIA
 0011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: *Reife, 03/04/2019*
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JAILSON FERREIRA INCIO
 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.



522490
0159565/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2141000961**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/03/2019** às **11:06**

Completa o BO Número: **19E2141000783**

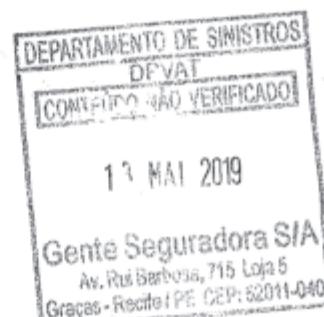
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **15/11/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PORTO DE GALINHAS, 1, PRIMO AO
POSTO FISCAL** - Bairro: **PORTO DE GALINHAS - IPOJUCA/PERNAMBUCO
/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JAILSON FERREIRA INACIO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

DOCUMENTO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**

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

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

JAILSON FERREIRA INACIO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA INACIO** Pai: **GERALDO JOSE INACIO** Data de Nascimento: **29/3/1973**
Naturalidade: **DELMIRO GOUVEIA / ALAGOAS / BRASIL** Documentos: **4728657/SDS/PE (RG)**,
02985664438 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **MUSICO** Telefones Celulares:
- **81985169483**

Endereço Residencial: **RUA FLORENTINO OLIMPIO DOS SANTOS, 72 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

LAUDO MEDICO (DOCUMENTO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**,

que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**
Categoria/Marca/Modelo: **OUTRO/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

MOTOCICLETA PLACAS KIU9521 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DADOS DETRAN/PE: PLACA** KIU9521 **PLACA**
ANTERIOR/UF CHASSI 9C6KG017070037564
GASOLINA **ESPÉCIE TIPO** PAS MOTOCICLETA **COMBUSTÍVEL**
ANO FAB 2006 ANO MOD 2007 **MARCA/ MODELO** YAMAHA/FAZER YS250
CATEGORIA PARTIC **CAP / POT / CIL** 2/0/249
PROPRIETARIO: VALMIRLANE HONORATO FERREIRA

Complemento / Observação

DECLARA O O SR. JAILSON FERREIRA INÁCIO QUE TRANSITAVA COM O VEÍCULO MOTOCICLETA YAMAHA DE COR VERMELHA E PLACAS KIU-9521., QUE O VEÍCULO (TRANCAMENTO DE VIA), PROVOCOU O SEU DESEQUILÍBRO E QUEDA. QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES. QUE APÓS 6 DIAS DO ACIDENTE SE SENTIU MUITO MAL E SE DIRIGIU AO HOSPITAL, QUANDO FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURAS MAS MÃOS. INFORMA QUE É MUSICO E ESTÁ INABILITADO PARA O TRABALHO DEVIDO AS SEQUELAS DO ACIDENTE, APRESENTOU DOCUMENTOS MÉDICOS QUE COMPROVAM O DIAGNÓSTICO E ATENDIMENTO.

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

**JAILSON FERREIRA INACIO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GIL TAVARES PEDROSA** - Matrícula: **273133-9**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2141000783**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/02/2019 às 13:27**

Complementado pelo BO Número: **19E2141000961**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **16/11/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PORTO DE GALINHAS, 001, PRCIMO
AO POSTO FISCAL** - Bairro: **PORTO DE GALINHAS -
IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JAILSON FERREIRA INACIO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

DOCUMENTO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JAILSON FERREIRA INACIO

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

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

JAILSON FERREIRA INACIO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA INACIO** Pai: **GERALDO JOSE INACIO** Data de Nascimento: **29/3/1973**
Naturalidade: **DELMIRO GOUVEIA / ALAGOAS / BRASIL** Documentos: **4728657/SDS/PE (RG), 02985664438 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **MUSICO** Telefones Celulares:
- **81985169483**

Endereço Residencial: **RUA FLORENTINO OLIMPIO DOS SANTOS, 72 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LAUDO MEDICO (DOCUMENTO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**

Categoria/Marca/Modelo: **OUTRO/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

DECLARA O O SR. JAILSON FERREIRA INÁCIO QUE TRANSITAVA COM O VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA DE COR VERMELHA E PLACAS KIU-9521., QUE O VEÍCULO VW/GOL, DE COR PRATA, PLACAS NÃO ANOTADAS, APÓS UMA BRUSCA MANOBRA (TRANCAMENTO DE VIA), PROVOCOU O SEU DESEQUILÍBRIO E QUEDA. QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES. QUE APÓS O ACIDENTE SE SENTIU MUITO MAL E SE DIRIGIU AO HOSPITAL, QUANDO FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURAS NAS MÃOS. INFORMA QUE É MUSICO E ESTÁ INABILITADO PARA O TRABALHO DEVIDO AS SEQUELAS DO ACIDENTE, APRESENTOU DOCUMENTOS MÉDICOS QUE COMPROVAM O DIAGNÓSTICO E ATENDIMENTO.

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

**JAILSON FERREIRA INACIO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GILVANE SANTOS DE ALMEIDA** - Matrícula: **319605-4**



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:

029 856 644 38

Jailson Ferreira Túlio

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

Nome completo: *Jailson Ferreira Túlio* CPF: 029 856 644-38
 Profissão: *Músico* Endereço: *Av. Vila Daramandala* Número: 4 Complemento: —
 Bairro: *Treipio* Cidade: *Reife* Estado: *PE* CEP: 50920-085
 E-mail: *[redacted]* Tel. (DDD): (81) 98693-7945

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (81) 98641-1913

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0046**

CONTA: **000 844 35**

(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 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.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

13 MAI 2019

Gente Seguradora SIA
 0011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: *Reife, 03/04/2019*
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JAILSON FERREIRA INCIO
 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.



**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA**



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JAILSON FERREIRA INACIO

Atendimento: 835601

Prontuário: 1073850

Data Nasc.: 29/03/1973 Idade: 45

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898003926418127

Endereço: TRAVESSA SARAMANDAIA

Nº: 4

Bairro: TEJIPÓ

Estado: PE

CEP: 50920085

Cidade: RECIFE

Fone: 558185169483

Celular:

Profissão:

Acompanhante:

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS FERREIRA INACIO

MEPI 27/11

Ketty Rodrigues B. dos Anjos Noh'A'Capo

Nome do Conjugue:

Acad. de Enfermagem UFPE USI'ATT

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 22/11/2018 20:31

Médico: MEDICO PLEANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Dr. José Sergio Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 SBOT 10096

Informo que houve um acidente com o paciente

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Non / Edema em
mão /

Diag. Provisório:

Fractura de mão

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

13 MAI 2019

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife PE CEP: 50.000-100

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

Dr. José Sergio Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 SBOT 10096

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

22/11/2018 20:36

Nome Paciente:	JAILSON FERREIRA INACIO
Cód. Paciente:	1073850
Data de Nascimento:	29/03/1973
Sexo:	Masculino
Idade:	45
Senha:	FN0063
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	835601



22/11/2018 20:36 - EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: SOFREU QUEDA DE MOTO HÁ 8 DIAS. APRESENTANDO EDEMA NAS MÃOS.DM.
TRAUMA EM DEDO DA MÃO D.

Observação: NEGA DM OU ALERGIAS.HGT=324MG/DL. TEMP.=36,6°C.

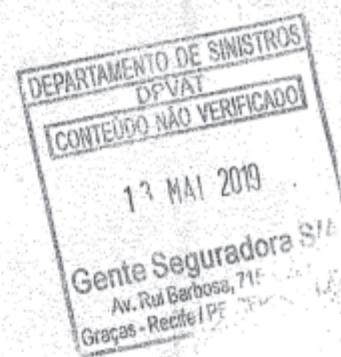
Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 7



Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA
Data: 22/11/2018 20:36

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: 16/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON FERREIRA INACIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00046

CONTA: 00000084435-0

Nr. da Autenticação 5871D2614743CBE6

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



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 MARIA JOSE DA SILVA PROX AO TERMINAL DE ONIBUS CPF: 014.751.244-14 NIS: 16386000154	DATA DE VENCIMENTO 05/02/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 29/01/2019	CONTA CONTRATO 002293634010
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA TV 3 SEMPRE VIVA 78	TOTAL A PAGAR (R\$) 27,07	DATA DA APRESENTAÇÃO 29/01/2019	Nº DO CLIENTE 2001222131
CURADO II/CAVALEIRO 54900-000 JABOTAO DOS GUARARAPES PE	NÚMERO DA NOTA FISCAL 048753279		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS		Nº DA INSTALAÇÃO 0001713710	
RESERVADO AO FISCO F7D2.8F45.A562.8192.019B.8F74.4286.49FD			

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18089318	5,42
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	63,00	0,31010260	16,43
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,93
Multa por atraso-NF 045002807 - 29/12/18			0,28
TOTAL DA FATURA			27,03

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17629850	JAN	18	83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,38222600	DEZ	18	75
		NOV	18	80
		OUT	18	118
		SET	18	83
		AGO	18	76
		JUL	18	79
		JUN	18	67
		MAI	18	96
		ABR	18	77
		MAR	18	71
		FEV	18	97
		JAN	18	88
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
Geração de Energia	9,88	45,22		
Transmissão	1,46	6,68		
Distribuição (Celpa)	6,83	31,26		
Encargos Setoriais	0,99	4,53		
Tributos	0,54	2,47		
Perdas de Energia	2,15	9,84		
TOTAL	21,85	100		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº CIAB	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MB19603	CAT	29/12/2018	18.681,00	29/01/2019	18.784,00	31	1,00000	0,00	83,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! arena hi-tech: rua joso fragoso de medeiros nº 1784 candeias / r m de
meneses cunha - me: lati 1 caixeiro secolista completa em www.celpe.com.br."

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês

Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 22,55 .

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
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002293634010	01/2019	27,07	05/02/2019	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este caphoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPIAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUL 2019

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

JAILSON FERREIRA INACIO
TV SARAMANDAIA, 4
TEJIPIO
CEP 50920-085 - RECIFE - PE



BI618921099BR

Contatos (11) 8671-1413
(81) 9 8693-7775

CARTA DE SOLICITAÇÃO NOVA PERICIA MÉDICA

EU Jaílson Ferreira Jucáio

PORTADOR DO RG: 4428657 E CPF: 029856644-38

RESIDENTE NA RUA: Av. Saramandaia

BAIRRO: Téjipio N° 4

CIDADE: Recife UF: PE

FONE: (81) 98641-1413 / (81) 98693-7875

VENHO ATRAVÉS DESTE, SOLICITAR NOVA PERICIA MÉDICA PARA O PROCESSO
DE N° 3190320302

CIDADE Recife . 20/06/2019



Jaílson FERREIRA JUCÁIO

(ASSINATURA)

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>

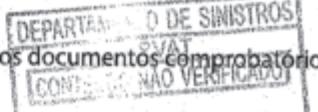
A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações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

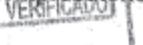
A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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 Juliana Ferreira Souza inscrito (a) no CPF 111691044-60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Juliana Ferreira Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 029856644-36, do sinistro de DPVAT cobertura Tewaliolay da Vítima Juliana Ferreira Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029856644-36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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



Recuso informar

13 MAI 2019

Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Endereço		Número	Complemento
<u>41.3 Sempre Viva</u>		<u>178</u>	<u>—</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Euroclube</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PE</u>	<u>54000-000</u>

Telefone comercial (DDD) (81)98691-1413 | Telefone celular (DDD) (81)98693-4975

Jeife 03 de Abril de 2019
Local e Data

Juliana Ferreira da Silva Pachêco
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valmirlane Honorato Ferreira,
RG nº 9195884, data de expedição 25/03/2011,
Órgão SOS IPE, portador do CPF nº 11068468424, com
domicílio na cidade de Recife, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Florentino Olivípicio dos Santos, nº 42,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jailson Ferreira Tuocí cujo o condutor era
Jailson Ferreira Tuocí.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Yamaha 1-fazer YS250
Ano: 2006/2007
Placa: KFU9521
Chassi: 9C6KG014070034564
Data do Acidente: 16/11/2018
Local e Data: Recife, 12/03/2019


Valmirlane Honorato Ferreira
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Notas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1357
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de

VALMIRLANE HONORATO FERREIRA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Recife, 12 de março de 2019.

Em testemunho da verdade:
Edilson Silva Braga (Escrevente Autorizado)
Email: R\$ 3,39 TNSR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79
Selos: 0077503.KVL02201904.01883

Consulte autenticidade em: www.tjepe.jus.br/seledigital



FICHA PARA CONSULTA SUBSEQUENTE

Unidade de Saúde:

Registro N°:

 Nome: Jackson Ferreira

Data de Nasc:

Nome da Mãe:

Endereço:

Distrito Sanitário:

 Data: 21.11.11

Cartão SUS N°:

Sexo:

 Raça/Cor: 1. Branca

 2. Preta

 3. Parda

 4. Amarela

 5. Indígena

22:30 H.G.T + 321 HGT 280

1-Insulina MIT

 { 16 UISC ante supran
 06 UISC as 274 e 6

 HGT d 6/61s 24(297) 6 (227)
 ante das supravis

09:10 HGT 347

 CD: Insulina Regular = 60U SC 09
 repetir HGT Apos alr

12:26

260 HGT 260 → Ins. Repetir: 6U(su)

 Dr. Fabiana Cinthaya Torreao
 Internacionista
 CRM 16724

Pct. refrej. dissulfina

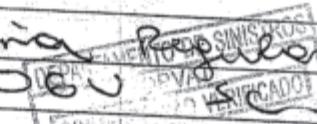
12:30

 Alexandy
 Cen: 117

15:30 HGT 301

 Dr. Fabiana Cinthaya Torreao
 Internacionista
 CRM 16724

① Insulina Regular - 06U


 17/11/2010
 77.60

1Br. novo 50: 15. Lençol

 Seguradora SIA
 Barbosa, 716 Loja 6
 PE CEP 50010-000

lençol e vário's Boesteria

Clínica Matos e Vitorino

CRM-PE 18177

Painei Refrej. Refrej. P fer.

26R, vário's, outado, Allesr meus

Roçaria de 50,00 100ml

50,00 100ml

② Domínia 1g e 30ml 60ml su

③ Hér. Lençol

21.34°

Paciente retorno do N60F após suspeita de
diarreia e febre ondulante de controle da
PDP-905 com vacina e acompanhamento
ambulatório.

CD: HGT: 315

① Necessito reposo 10/08

Dra. Ana Maria Cabral
CRM 13996
26/08

23:40hs HGT 239 mg/dl

23/08 9:00hs 280 mg/dl
PA = 120x80

10:00 HR PA - 120x80 MMHG

F.R - 24 RPM

T - 37.1°C

P - 92 BPM

HGT - 301 MG/DL

SAT - 96%

CD: VPM

1. Sinto em my laboratórios

16h

Eny: (27/01/2018)

Hemograma = leuc = 15.000

WCT = 37.9x

RET = 475.000

Cr = 0.74

U/T = 18

U/LT = 26

CD: Prescrever tratamento de FIV p/ domicílio.
e Início de anti - bactérias orais.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
SECRETARIA DE SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

REGISTRO

DATA E HORÁRIO DE CHEGADA

NOME

SEXO

NOME SOCIAL

ENDEREÇO

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

SITUAÇÃO/QUEIXAS

*Cepaléria + Tontura
+ febre*

HISTÓRICO: Hipertensão Arterial Diabetes Tabagismo Asma

HISTÓRIA CLÍNICA / MEDICAÇÕES ATUAIS

*HAS —
DIA —*

OBSERVAÇÃO OBJETIVA

*No momento seu
febre fez uso de
AntiSéptico*

SINAIS VITAIS	P: _____ bpm	PA: <u>130x96</u> mmHg	SatO ₂ : _____ %
	T: _____ °C	FR: _____ rpm	HGT: <u>980</u> mg/dL

Escala de Dor:
 Ausente (0)
 Leve (1-3)
 Moderada (4-7)
 Intensa (8-10)



ALERGIAS SIM NÃO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



VERMELHO



AMARELO



VERDE



AZUL

DATA DA CLASSIFICAÇÃO

21/11/18

HORA DO ATENDIMENTO

01/01/2016 10:00:00

ORIENTAÇÕES/CONDUTA

na rede de Proteção seu 4º retaguarda
as: Sobreto sobre m ento seco B

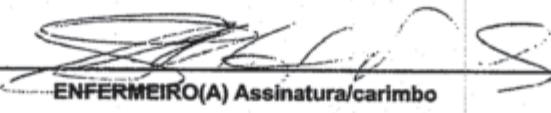
HOR 5561490

Dr. Karla Moraes
Médica
CRM-PE 21.749

QUEM FAZ OS TRABALHOS

REAVALIAÇÃO

HORA 00:00


ENFERMEIRO(A) Assinatura/carimbo



Ouvidoria
Municipal de Saúde

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

0800 281 1520

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

VB



Registro N° 32 14

Hora: 11:46

Recepção

Unidade de Saúde:

Distrito Sanitário:

Data:

21/11/18

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: *José Silvano Ferreira Trancos*
 Data de Nascimento: 29/03/73 Sexo: 45 A Raça/Cor:
 1-Branca 2-Preta 3-Parda
 4-Amarela 5-Indígena
 PSM - Masc. () F - Fem. () I - Ignorado

Estado Civil: Solteiro Escolaridade: Fundamental Profissão: Músico
 Nome da Mãe: *Isaura das Graças Ferreira Trancos*
 Endereço: R. Vila Trancos Saramendóia Número: 4 CEP: 54000-000
 Bairro: *Porto* Número: 876 Município: UF:
 Acompanhante: *Valmir Batista* Procedência: *CCM* Meio de Transporte: 98516-9583

HDA: *D M H.A.T 980 na folha de
 130 L 90 Tomada anti-convulsivo
 Revisado
 CCIH I PAM 04/12/18*

Vacinas atualizadas Sim () Não () Não trouxe o cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel ()	Ônibus ()	Moto ()	Outro ()	Qual? _____	Ignorado ()
Motor de proteção: Cinto / Capacete	Sim ()			Não ()	Ignorado ()
Modo: Atropelamento ()	Colisão ()	Capotagem ()	Outro ()	Qual? _____	Ignorado ()
Indo / Voltando do trabalho:	Sim ()		Não ()		Ignorado ()

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Const. Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? _____
 Ignorado ()

Local de Trabalho: Órgão: Endereço:

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Inalação Acidental ()	Queda Acidental ()	Afogamento ()	Queimaduras ()	Choque Elétrico ()
Outro () Qual? _____				Ignorado ()

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo ()	Arma Branca ()	Espancamento ()	Outro ()	Qual? _____	13/11/2018	
Modo: Assalto ()	Briga ()	Ação Policial ()	Agressão Sexual ()	Outro ()	Qual? _____	Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por: Arma de Fogo ()	Enforcamento ()	Drogas ()	Queda do Nível ()	Outro ()	Qual? _____	Gente Seguradora Silveira, 715 Loja 5 Centro PE CEP: 50011-000
						Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública ()	Domicílio ()	Ambiente de Trabalho ()	Escola ()	Outro ()	Qual? _____	Ignorado ()
-----------------	---------------	--------------------------	------------	-----------	-------------	--------------

Observações: *(F) Orientações acompanhamento
 ambulatorial após alta!!!
 social! PAM*

Exame Físico: *Admnis.; exst. social*

A: Geral Peso:	Estatura:	Temp:	°C
----------------	-----------	-------	----

Refluxo

B: Respiratório

H.G.T 03 20.25

1302 96

mmhg

D: Exame Neurológico:

McLean

E: Abdomen

pleas do

Diagnóstico Inicial:

2. N. des comparsas.

Exames Solicitados:

limentos:
Inserção Regional 12 UTEC
S.R.C. _____ 500ml
V.NL _____ 1 cp.
coenzima B _____ 1 cp.
Ipecac. 1 cp - SORV
Repf HC. 8. 14:00h
Sugestões
AGT: 367mg/dL
PA: 120x70 mmHg
Assinatura Conselho N° 10

Diagnóstico Definitivo:

~~Heleil regelde~~ ~~het een~~ ~~thuis~~

Alta / Melhorado

() Internamento

Transferência

() Óbito

~~Transferido para~~

8 17:30h (294)
116F

6

Médico:

CRM:

Data:

Horas: 14h

25/3/58 20:04 Reagley-cda testatina

25

~~Patrícia Freitas Canário
Já médica emergência
2011-343~~

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 e sem os exames complementares e transportes se for necessário.

Data: / / Nome Completo Legível

Assinatura:

Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

O DADOS PESSOAIS

Nome do paciente JAILSON FENÔMILA I NÁCIO

Data de nascimento 29/03/1973 RG 4.728.657 SDS CPF 029.856.644/38

O DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 16/11/2019

Nº do B.O. 19E2141000783

Resumo clínico Paciente vítima de acidente de motocicleta, sofreu fratura exposta no membro

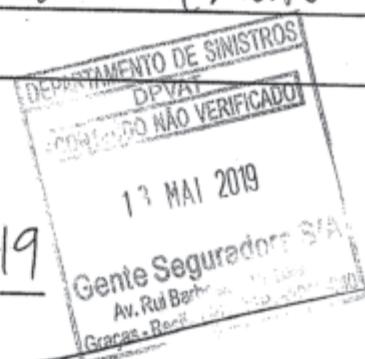
Diagnóstico Fratura exposta de quadril

Tratamento Intubação eletro

Sequelas Deficiência articular crônica + cicatrização do membro superior 60% na flexão - extensão

Data da alta ambulatorial definitiva 11/03/19

Abreu e Lima, 11 de 03 de 2019



Dr. Pedro Marques
Ortopedista
CRM-PE 8594

Médico (CRM)



**SECRETARIA DE SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO V
POLICLÍNICA AGAMENON MAGALHÃES**
Rua da Paz, s/n – Afogados. Recife – PE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o **Sr. JAILSON FERREIRA INÁCIO**, portador do documento RG nº 4.728.657, foi atendido nesta unidade de saúde no dia 21 de novembro de 2018, Nº da ficha de atendimento 32.414.

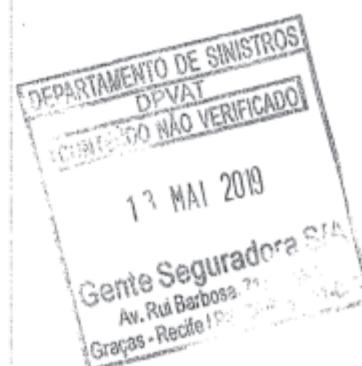
Segue anexo cópia da ficha de atendimento do paciente, conforme solicitado.

Sem mais, estamos disponíveis para maiores esclarecimentos se necessário.

Recife/PE, 27 de Fevereiro de 2019.

Atenciosamente,


Policlinica Agamenon Magalhães
Rejane Espindola S. Oliveira
Chefe de Setor Administrativo
Mat. 101189 - 8



Admissão na Sala Vermelha: Data: 23/11/2018 Hora: _____
Nome: Faílson Ferreira Lira Idade 45 Anos 00

PRESCRIÇÃO MÉDICA

8 UTK (11:30)
1990 (60V)

17/08/2018 12:00 HORA
SN 1200
8 VTK 11:30
* 19.50 (60V)
potina
M. P. Almeida Zech
M. P. Almeida Zech
COREN 1020033

Ura
Archiv für
Gesell
schafts- und
Kulturforschung

PRESCRIÇÃO	NOTA	DATA	HORA
2) $120 \text{ cefax } 2g + 100 \text{ ml sabor } \text{fr} \text{ } 24 \text{ ml}$	Dipirona 60 compr + 100 ml	(1/2) 660	SN 12/10/19
Inhalador inhalador confusão	0 - 200 = 4	j51 - 600 = 100	10/10/19
251 - 300 = 61	301 - 350 = 50	800 = 120	10/10/19
3) $50 \text{ ml c c } 66 \text{ } 616 \text{ ml}$	botina	800 (11:30)	10/10/19
	DREN 1000	1000 (600)	10/10/19
	DREN 1000	1000 (600)	10/10/19
	DREN 1000	1000 (600)	10/10/19
	DREN 1000	1000 (600)	10/10/19



Secretaria de Saúde do Recife

RECEITUÁRIO



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

PREFEITURA DO
RECIFE

Unidade de Saúde:

DISTRITO SANITÁRIO V

Nome:

Flávia Rebeca
Início

Registro Nº

Cartão SUS Nº

45445

Flávia Rebeca
Início

Data: 24/11/17

Flávia Rebeca
Início

Assinatura - Conselho nº





POLICLÍNICA AGAMENON MAGALHÃES / SPAD

Nome: Caíson Ferreira Guácio

Admissão na ~~Setor Vermelha~~: Data: 23/3/14 Hora:

Idade: 45 anos Registro: 32.414

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DIURNO	NOTURNO
<p>17:30h - Paciente consciente, orientado, sonado, adivinórico, amictérico. ANP pl. HDT e AET. Dieta VD cl boas aceitacas.</p> <p>Spannho sonado em MSE. Frustrando glicemia ↑, corrigindo cl insulina.</p> <p>thiunse + EVAC +.</p> <p><i>anestesiado</i></p>	

ANOTAÇÕES DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Parâmetro	08h	09h	10h	11	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h	01h	02h	03h	04h	05h	06h	07h
	PLANTÃO DIURNO												PLANTÃO NOTURNO											
FC						92					80													
PA						120/80					120/80													
Sat						96%					96%													
HGT						173cm					173cm													
Diurese						1					1													
SNG						1					1													
Temperat						37,1					37,1													
RESPONS.						OK					OK													

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

* Asseio corporal _____

* Aspiração traqueal _____

* Higiene oral com bicarbonato de sódio _____

* Manter cabeceria elevada

* Manter grades laterais elevadas



Secretaria de Saúde do Recife

RECEITUÁRIO

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

DISTRITO SANITÁRIO V

Policlínica Agamenon Magalhães



PREFEITURA DO
RECIFE

Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário: _____

Nome: Jaíhelle Pereira Dantas

Registro N° _____ Cartão SUS N° _____

45 aess.

Peço que esse queijo de
moxe me 6 dias e esse
a dor esse moço + edema
desde sexta

AO exame,

Ace]
Am]
Abor

esse esse moço + edema
de m monarctos

me a fraca de 4º metacar-
no D

cos 1 ortopedie - R\$
5861 490

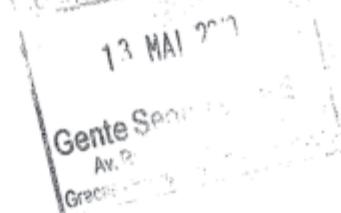
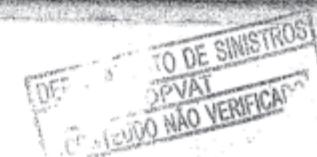
Data: 21/11/18

Assinatura - Conselho n°

*Sra. Rosângela Miranda
Médica - FNP
CMM-PF*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
NTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 MAI 2019

*Centro Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 1
Olinda - Recife/PE CEP 50170-000*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PERNAMBUCANO

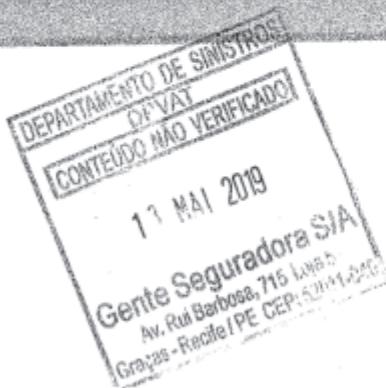
C - 23

FOLHAR DIREITO



Flávia Maria da Silva Nascimento

IDENTIFICAÇÃO N° 7111111111111111



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTADO
SERIAL 9.272.633

DATA DE
EXPEDIÇÃO 21/02/2014

NAME << JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO >>

FIGURAÇÃO

<< JOSIAS CARDOSO DO NASCIMENTO >>

<< MARIA JOSE DA SILVA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

23/04/1995

DOC ORDEM << 074435 01 55 1995 1 00046 296

0054531 50 JABCATAC DOS GUARARAPES PE >>

111 691 044-60

MANHÃ DE SORTE