

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014484241974
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA COD. RENAVAM 1 906258693 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

VALMIRLANE HONORATO FERREIRA

RECIPE-PE 0

CPF / CNPJ 110.684.684-24 PLACA KIV9521

PLACA ANT / UF ***** /PE 9C6KG017070037564

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA / FAZER YS250 ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

CAP / POT / CIL 2P / 249CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1***** VENC. / COTAS 2***** 3*****

FAIXA IPVA V ***** PARCELAMENTO / COTAS *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 04/02/19

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

RECIPE 1906258693 19/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
 Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS 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

RECIPE-PE 0
 CPF / CNPJ 110.684.684-24 PLACA KIV9521

RENAVAM 906258693 YAMAHA / FAZER YS250

ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

PRÊMIO TARIFÁRIO 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL SINALADO PELO SEGURO (R\$) 84.58

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 04/02/19

SEGURODPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

SEGURODPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

ESTE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



13 MAI 2019
 Gente Seguradora
 Av. Rui Barbosa, 74
 Graças - 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.

vitima 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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ 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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

mão esquerda

% do Dano (X) 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 físico: Vítima com consolidação viciosa da fratura, realiza flexão de 4 metacarpo a cerca de 20 graus, deficit de força 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 termino 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 físico: Vítima com consolidação viciosa da fratura, realiza flexão de 4 metacarpo a cerca de 20 graus, deficit de força 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 termino 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 lunheiro, Residente e domiciliado à Rua Av. Vila Saramandaia, nº 4, Bairro Tejipio, Município de: Recife, Estado PE, Cep: 50920-085, Rg nº 4428654, órgão emissor SPS/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, Nº 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 15/01/2019, 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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: JAILSON FERREIRA
INACIO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

Data da entrega: 13/05/2019
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: JAILSON FERREIRA INACIO

CPF de: Próprio

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

Data da entrega: 03/07/2019

Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

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



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



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	029 856 644 38	Jailson Ferreira Truão	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
Jailson Ferreira Truão	029 856 644-38		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Musico	Av. Vila Saramondina	4	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Dejipio	Beife	PE	50920-085
E-mail:	Tel (DDD):		
	(81) 98641-1913		

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0046 ☐ CONTA: 000 84435 ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

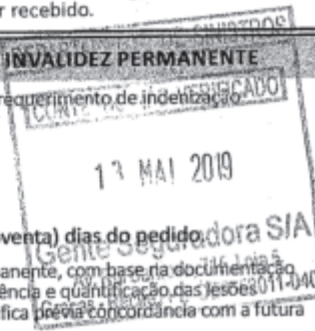
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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



INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

TESTEMUNHAS

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Beife, 03/04/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JAILSON FERREIRA INICIO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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**

Complementa o BO Número: **19E2141000783**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 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
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: MUSICISTA 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**
 ESPÉCIE TIPO **PAS MOTOCICLETA** **COMBUSTÍVEL**
GASOLINA **MARCA/ MODELO** **YAMAHA/FAZER YS250**
ANO FAB 2006 **ANO MOD** 2007 **CAP / POT / CIL** 2/0/249
 CATEGORIA **PARTIC** **COR PREDOMINANTE** VERMELHA
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 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 6 DIAS DO ACIDENTE SE SENTIU MUITO MAL E SE DIRIGIU AO HOSPITAL, QUANDO FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURAS NAS MÃOS. INFORMA QUE É MUSICISTA 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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/11/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PORTO DE GALINHAS, 001, PRIMO 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 MUSICISTA 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 Truão	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
Jailson Ferreira Truão	029 856 644-38		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Musico	Av. Vila Saramondina	4	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Dejipio	Beife	PE	50920-085
E-mail:	Tel (DDD):		
	(81) 98641-1913		

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0046 ☐ CONTA: 000 84435 ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

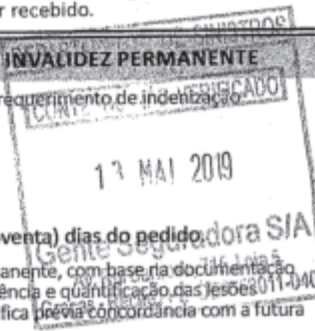
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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



INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

TESTEMUNHAS

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Beife, 03/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JAILSON FERREIRA INICIO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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
Data Nasc.: 29/03/1973 Idade: 45 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 898003926418127
Endereço: TRAVESSA SARAMANDAIA
Bairro: TEJIPIO Cidade: RECIFE Nº: 4
CEP: 50920085 Fone: 558185169483 Estado: PE
Acompanhante:
Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS FERREIRA INACIO
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 835601

Prontuário: 1073850

Celular:
Profissão:

MEP 27/11
Ketty Rodrigues B. dos Anjos NOfi'CARO
Acad. de Enfermagem UFPE USATT

2 - ATENDIMENTO

Data: 22/11/2018 20:31

Médico: MEDICO PEANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Tratamento para a lesão no braço

Exame Físico:

PA: FC: FR:

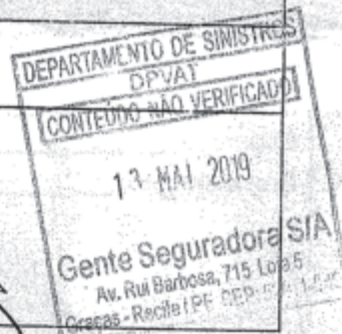
Don / lesão no
braço /

Diag. Provisório:

fratura L 5 = nsc 1)

Tratamento para a lesão

MÃO



Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Dr. José Sérgio S. Souza
Traumatologia Ortop
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?

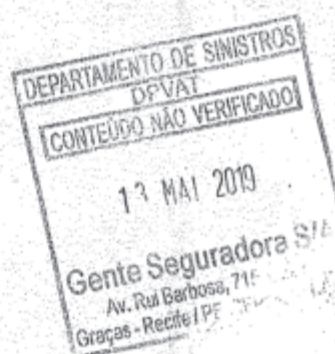
Especialidade:

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: 000000084435-0

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DA SILVA
PROX AO TERMINAL DE ONIBUS
CPF: 014.751.244-14 NIS: 16386000154

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 3 SEMPRE VIVA 78

CURADO III/CAVALEIRO
54908-000 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

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

DATA DE VENCIMENTO

05/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

27,07

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

29/01/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
29/01/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL
048753279

CONTA CONTRATO

002293634010

Nº DO CLIENTE
2001222131Nº DA INSTALAÇÃO
0001713710

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

F7D2.8F45.A562.8192.019B.8F74.4286.49FD

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18089318	5,42
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	53,00	0,31010260	16,43
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,93
Multa por atraso-NF 045002807 - 29/12/18			0,29
TOTAL DA FATURA			27,07

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	21,85	0,45	0,09	21,85	2,09	0,45

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,17628550
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,30222500

HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWh
JAN 19		83
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

	R\$	%
Geração de Energia	9,88	45,22
Transmissão	1,46	6,88
Distribuição (Celpe)	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 DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWh
MB19603	CAT	29/12/2018 18.681,00	29/01/2019 18.764,00	31	1,00000	0,00	83,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/02/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	VARZEA	0,00	5,07	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
Limite DICRI: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,88					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você arena hi-tech: rua joao fragoso de medeiros no 1784 candelas / r m de meneses cunha - me: liti 1 caueiro 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 próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 22,56.
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
002293634010	01/2019	27,07	05/02/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838100000000 270700110023 293634010100 136869925935



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUL 2019

Geata 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 (81) 8671.1413
(81) 98693.7975

CARTA DE SOLICITAÇÃO NOVA PERICIA MÉDICA

EU Jaibon Ferreira Inacio

PORTADOR DO RG: 4428654 E CPF: 02.9856644-38

RESIDENTE NA RUA: Av. Saramandaia

BAIRRO: Tejipio Nº 4

CIDADE: Recife UF: PE

FONE: (81) 98641-1413 / (81) 98693-7975

VENHO ATRAVÉS DESTA, SOLICITAR NOVA PERICIA MÉDICA PARA O PROCESSO DE Nº 3190320302

CIDADE Recife , 20/06/2019



JAIBON FERREIRA INACIO

(ASSINATURA)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Juliana Maria da Silva Nascimento inscrito(a) no CPF 111691044, 60 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário Julson Ferreira Eulio inscrito(a) no CPF sob o Nº 029856644, 36 do sinistro de DPVAT cobertura Travaliado da Vítima Julson Ferreira Eulio, 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

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Av. 3 Sempre Viva</u>		Número	<u>148</u>	Complemento	
Bairro	<u>Eurocl II</u>	Cidade	<u>Aracaju</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	<u>(81) 98671-1413</u>		Telefone celular (DDD)	<u>(81) 98693-4975</u>

Feife 03 de Março de 2019
Local e Data

Juliana Maria da Silva Nascimento
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valmirlane Honorato Ferreira,
RG nº 9195884, data de expedição 25/03/2011,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 110684684-24, com
domicílio na cidade de Recife, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Florentino Olímpico do Nascimento, nº 42,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Faibon Ferreira Tencio cujo o condutor era
Faibon Ferreira Tencio.

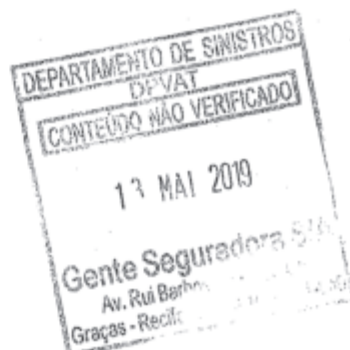
Veículo: Motoricleta
Modelo: Yamaha 150cc YS250
Ano: 2006/2007
Placa: KFU9521
Chassi: 9C6KG014040034564
Data do Acidente: 16/11/2018
Local e Data: Recife, 12/03/2019

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, 14h52.
Em testemunho da verdade.
Edilson Silva Braga (Escrivente Autorizado)
Emol.: R\$ 3,39 TMSR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79
Selo: 0077503.KVL02201904.01883

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





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 835601

Prontuário: 1073850

Nome: JAILSON FERREIRA INACIO

Data Nasc.: 29/03/1973

Idade: 45

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898003926418127

Endereço: TRAVESSA SARAMANDAIA

Bairro: TEJIPIO

Cidade: RECIFE

CEP: 50920085

Fone: 558185169483

Celular:

Nº: 4

Estado: PE

Acompanhante:

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS FERREIRA INACIO

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Profissão:

MEI 27/11
Ketty Rodrigues B. dos Anjos
Acad. de Enfermagem UFPE
USATT

2 - ATENDIMENTO

Data: 22/11/2018 20:31

Médico: MEDICO PLACENTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Enfermidade da mão esquerda

Dr. José Sérgio
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 SE OT 10096

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

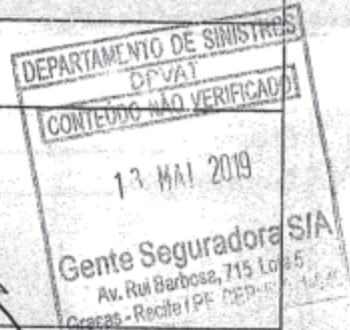
Don / Edm / m /

Diag. Provisório:

Fratura L 5 = n/c /

Ida /

MÃO



Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

Dr. José Sérgio
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 SE OT 10096



Secretaria de Saúde do Recife

FICHA PARA CONSULTA SUBSEQUENTE



Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário: _____ Data: 21/11/11
 Registro Nº: _____ Cartão SUS Nº: _____
 Nome: Jarison Ferreira
 Data de Nasc: _____ Sexo: _____ Raça/Cor: ☐ 1. Branca ☐ 2. Preta ☐ 3. Parda
☐ 4. Amarela ☐ 5. Indígena
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____

22:30 H.G. + 321 HGT 280

1-Insulina NPH { 16 UISC antes supran
 06 UISC às 22h e 9
 HGT de 6/6h 24(297) 6(227)
 antes dos supran
 Renata Paiva
 Endocrinologista
 Clínica Médica
 CRM 13532

09:10 HGT 347
 CD = Insulina Regular = 6U5-SC 09
 Repetir HGT Após 2h

12:26 HGT 260 = Ins. Regular = 6U5-SC
 Ref. refeição
 CD = S. urina
 Dr. Fabiana Corrêa Torrealba
 Internista
 CRM 16724
 12:30
 Alexsandro
 CRM: 117

15:30 HGT 301
 ① Insulina Regular = 6U5-SC
 06U5-SC
 17:00
 Dr. Fabiana Corrêa Torrealba
 Internista
 CRM 16724
 Mariana Vaz de Almeida Bastos
 Clínica Médica - Neurologia
 CRM-PE 18745
 17/11/2011
 Centro Seguradora SIA
 Rua Barbosa, 115 Loja 6
 Recife - PE CEP: 51011-010

18h. Meds SU: 15. Levodopa, 1mmole
 Levodopa e vitas B12
 Pseudo Ropini. Refusar 4 den.
 26R, conta, entado. Aleste neurol
 ① Ropini 2g 500pg 100mg
 ② Domnam 1g 400pg 6/6h SU
 ③ Ater enedam

21:39

Paciente rubro do N60F após mobilização
de mae E com sintomas de controle da
HGP-30 glúcoria e acompanhando
ambulatorial.

CD: HGT: 315

① insulina repouso 10U

23:40hs HGT 239 mg/dl

9:00hs 280 mg/dl

PA: 120x80

10:00HR PA - 120x90 mmHg

FR - 24 RPM

T - 37.1°C

P - 92 BPM

HGT - 301 MG/DL

SAT - 96%

CD: VAM

1 dia de exames laboratoriais

7h 16h

Curva: (23/11/2018)

Hemoglobina = leucos = 15.000

HCT = 37.9%

RET = 475.000

CH = 0.74

CHIT = 1.8

CHLT = 2.6

CD: Prevenção tratamento de ITV p/ domicílio.

e Início de anti-virais 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 <i>Cefaleia + Tonturas + Febre</i>			
HISTÓRICO: <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Asma			
HISTÓRIA CLÍNICA / MEDICAÇÕES ATUAIS <i>HAS - Dia -</i>			
OBSERVAÇÃO OBJETIVA <i>No momento sem febre. Fez uso de Anti-túrmico</i>			
SINAIS VITAIS		Escala de Dor:	
P: <i>130</i> bpm	PA: <i>95</i> mmHg	<input type="checkbox"/> Ausente (0)	
T: <i>38.0</i> °C	FR: <i>20</i> rpm	<input type="checkbox"/> Leve (1-3)	
Saturação: <i>98</i> %		<input type="checkbox"/> Moderada (4-7)	
HGT: <i>180</i> mg/dL		<input type="checkbox"/> Intensa (8-10)	
Escala de Coma de Glasgow:		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DP-VAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 MAI 2019 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 747 Graças - Recife/PE	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO ☒ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

DATA DA CLASSIFICAÇÃO

21/12/18

HORA DO ATENDIMENTO

:

ORIENTAÇÕES/CONDUÇÃO

no caso de alteração de 4º atendimento
as: Sobreviventes serão m. orientados
HOR 5561490

Dr. Karla Miranda
Médica
CRM-PE 21.764

REAVLIAÇÃO

HORA :
:

ENFERMEIRO(A) Assinatura/carimbo

 Ouvidoria
Municipal de Saúde
PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

0800 281 1520

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro Nº 32.14 Hora: 11:46 Recepcionista: Stephane
Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário: II Data: 21/11/18

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: Saúl V. Ferreira Trácio
Data de Nascimento: 29.03.73 Sexo: M - Masc. () F - Fem. () I - Ignorado Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☒ 3-Parda ☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena
Estado Civil: casado Escolaridade: Fundamental Profissão: murco
Nome da Mãe: maria das graças
Endereço: R. Vila Traveira Sardenhense Número: 4 Complemento: 4 CEP: 51100-000
Bairro: Barro Município: Recife UF: PE
Acompanhante: Stephane
Procedência: casa Meio de Transporte: 98510 - 9883
HDA: DM HAT 980 na f. nro de 130290 tonkura antid. b. lico

Revisado
CCIH / PAM
04/12/18
ABB

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 ()
Fator 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

In. Jcação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()
Outro () Qual? _____ Ignorado ()

AGRESSÃO

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

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por: Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

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

Observações: (F) Orientações acompanhamento
ambulatorial Após alta!!!
local: PAM
advers: assist. social

Exame Físico:
A: Geral Peso: _____ Estatura: _____ Temp: _____ °C

B: Respiratório

H.E.T.O. 22.25

130296

mmhg

D: Exame Neurológico:

mmc livre

E: Abdomen

plecido

Diagnóstico Inicial:

D.M. descompensada

Exames Solicitados:

Tratamento / Procedimentos:

Insulina Regular 12 U/c

S.R.L. 500ml

V.M. 2cp

COENZIM B 1cp

Plasil 1cp - S.O.W

HGT = 280 mg/dL

Repet H.C.B. 19:00h

20:05

HGT: 367 mg/dL

Data:

Assinatura Conselho N°

Diagnóstico Definitivo:

diagnóstico regular rot. se
HGT em 2 horas

Alta / Melhorado

() Internamento

() Transferência

() Óbito

Transferido para:

17:30h (294) HGT

Insulina Regular 10 U/c

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

25733158

20:04

Realizada testat

S.R.L. 500ml

2cp

no S.O.W

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 transporte se for necessários.

Data: / / Nome Completo Legível

Nº da Identidade:

Assinatura:

Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

☐ DADOS PESSOAIS

Nome do paciente JAILSON FENELIA INACIO

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

☐ DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 16 / 11 / 2018

Nº do B.O. 19E2141000783

Resumo clínico PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE
MOTOCICLETA; SOFRIA FRATURA TRAUMÁTICA
FRATURA

Diagnóstico FRATURA DO QUADRILHÃO ESQUERDO

Tratamento IMOBILIZAÇÃO ORTÔDICA

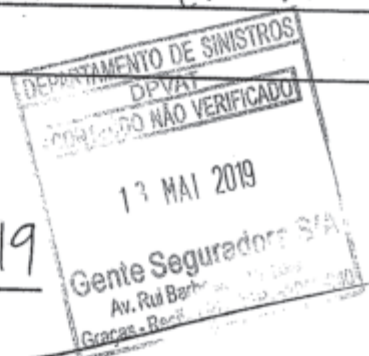
Sequelas DEFORMIDADE FUNKELER EM + LIMITAÇÃO DE
APPROXIMADAMENTE 60% NA PERNA - GATILHO

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

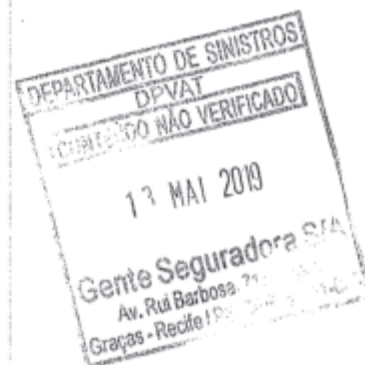
Declaramos para os devidos fins, que o **Sr. JAILSON FERREIRA INÁCIO**, portador do documento RG nº 4.728.657, foi atendido nesta unidade de saúde no dia 21 de novembro de 2018, Nº da ficha de atendimento 32.414.

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,


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



POLICLÍNICA AGAMENON MAGALHÃES / SPA

Nome: Faílson Fereiro Inácio Idade: 45 Anos

Admissão na Sala Vermelha: Data: 23/11/2018 Hora:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO		HORA
2) <u>12L 1000 ml 4x</u>		<u>12:30</u>
3) <u>120 cepais 2g + 100 ml D5GAR 5x 24/12ul</u>		<u>12:30</u>
4) <u>Dipirona 61 comp + 1015 (12) 6/6ul</u>	SN	<u>12:30</u>
5) <u>Imunoglobulina regular contendo HGT (6/6ul)</u>	<u>12:30</u>	<u>12:30</u>
<u>0-200 = 4</u>		
<u>201-250 = 4U</u>		
<u>251-300 = 6U</u>		
<u>301-350 = 8U</u>		
5) <u>50Me CC 66 6/6ul</u>	rotina	



Coren 100033
Enfermeira

Dira Falcão Silva
Enfermeira
CRP 12.345



RECEITUÁRIO

Secretaria de Saúde do Recife

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE



Unidade de Saúde: _____

POLÍCLINICA AGAMENON MAGALHÃES

Distrito Sanitário: _____

Nome: Fabiane Ferreira Pinheiro

Registro Nº _____ Cartão SUS Nº _____

45 anos

paciente refere quadro de
dor no tórax e
em vez disso
na área costal

PO paciente:

ACE

AN

ASA

relata ser física + asthmática
em 1991 com bronquite

na 1ª infância de 4ª infância

PO D

CI: Cópia - REF

5561430

Data: 24/11/13

Assinatura - Conselho nº _____

Dr. João Miranda
Médico
CRM-PE 11.760

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715
Graças - Recife / PE



RECIFE

POLICLÍNICA AGAMENON MAGALHÃES / SPA

Nome: Jaílson Ferreira Sávio

Idade 45 anos

Registro: 384144

Admissão na Sala Vermelha: Data: 23/11/18 Hora: _____

REF0050

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DIURNO	NOTURNO
17:30h - Paciente consciente, orientado, aerado, anictico, anictico. AVP pl HT e MHT. Dieta 10 cl boa aceitação. Aparelo girado em HSE. Mantendo glicemia 1, corrigindo a insulina. Diurese (+) Eficaz (+). — <u>Ag. Pol. Zeni</u>	

ANOTAÇÕES DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DIURNO	NOTURNO
20:30h Pac. E.C.R. Consciente, Orientado, Afelil, S.p.m. normotenso; AVP (MSD) em 1/100ml Iniciar ATB (Roxon) 1 encontro. no 1º dia Dado do cuidado segue em 02 dias	

PLANTÃO DIURNO												PLANTÃO NOTURNO												
Parâmetro	08h	09h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h	01h	02h	03h	04h	05h	06h	07h
FC _/_h					92						80													
PA _/_h					120/80						120/80													
Sat _/_h					96																			
HGT _/_h					120/80																			
Diurese _/_h					/						120/80													
SNG _/_h					/																			
Temperat _/_h					37.4						38													
RESPONS.					OK						OK													

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- * Asseio corporal _____
- * Manter cabeceira elevada
- * Aspiração traqueal _____
- * Manter grades laterais elevadas
- * Higiene oral com bicarbonato de sódio _____



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: _____

Lailane Ferreira

Doutor

Registro Nº _____

Cartão SUS Nº _____

US 0000

Paciente refere queixa de
dor no 6º dia e vem
cl dor em mãos + edema
desde então

AO exame,

ACE

AN

ASCI

sem

edema em mãos + dor
de m. musculatura

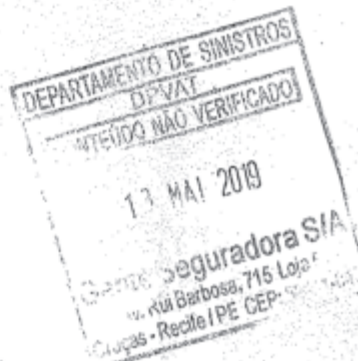
no 4º metacarpo

CS: ortopedico - ROR
5861490

Data: 21/11/18

Dr. Raulo Miranda
Médico
CRM-PE 760

Assinatura - Conselho nº _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE REABILITACAO E FORTALECIMENTO

CAC-06

Quelha Imagem 04

JAILSON FERREIRA INACIO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.728.657

DATA DE EMISSAO 05/03/2010

Nome << JAILSON FERREIRA INACIO >>

PILACAO << GERALDO JOSE INACIO >>

<< MARIA DAS GRAÇAS FERREIRA INACIO >>

NATURAL DOB DELMIRO GOLVEIA - AL

DATA DE NASCIMENTO 29/03/1973

CC ORIGEM << CN 5946-L 23-F 64 CART SEDE DELMIRO GOLVEIA-AL 05/05/1973 >>

CPF 029.856.644-38

ASSINATURA DO TITULAR

13/05/2010

TO DE SINISTROS

OPVAT

Conteúdo NÃO VERIFICADO

13 MAI 2010

Gente Sena

Av. B

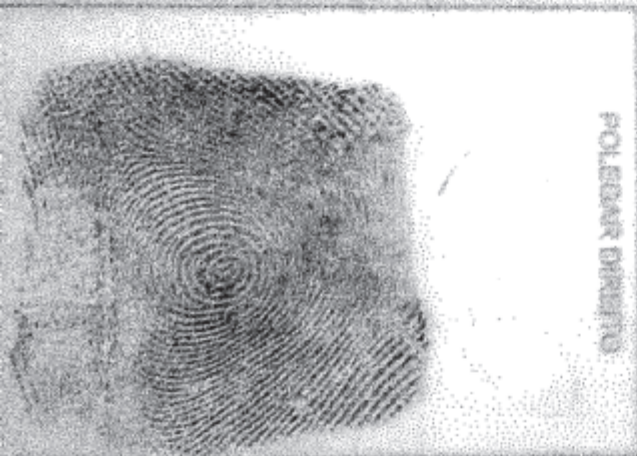
Graciosa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURRIL

C-23



POLEGAR DIREITO



Feliana Maria da Silva Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lins
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-200

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.272.633

DATA DE
EXPEDIÇÃO

21/02/2014

NOME

<< JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO

<< JOSIAS CARDOSO DO NASCIMENTO >>

<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

23/04/1995

DOC ORIGEM

<< 074435 01 55 1995 1 00046 296

0054831 50 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE >>

CPF

111.691.044-50

MINISTRO DA JUSTIÇA

LEONARDO LEITE