HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente **Emissão: 16/12/2019 12:28**

Atendimento:	333663 Entrada: 16/12/2019 Hora: 09:19	Recepcionista:	ROSALIA FABIANA OLIVEIRA
Plano:	SUS - REVISÃO	Matrícula:	
Responsavel:		Identidade:	
Médico Resp:	JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA	C.N.S.:	705000867151159

Paciente:	1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA	Sexo:	MASCULINO Cor: PARDA
Nascimento:	30/12/1979 (39 Anos e 11 Meses)	Estado Civil:	CASADO
Endereco:	ENGENHO SERRA	C.P.F.:	07215981452
Bairro:	ZONA RURAL C.E.P.: 54510-401	Identidade:	5640163 - SDS - PE
Cidade:	2602902 CABO DE SANTO AGOSTINHO	Telefone:	/ 988070573
Pai:	IVANILDO SALES DA SILVA	G.Instrução:	
Mãe:	MIRIAM RODRIGUES DA SILVA	Ocupação:	AGRICULTOR
Nacionalidade:	BRASIL	Naturalidade:	CABO DE SANTO AGOSTINHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

AVALIAÇÃO (Dr. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA CRM 15595)

ATESTADO/ LAUDO MÉDICO DPVAT

PACT COM 3 MESES E OPERADO DO PERNA ESQUERDA, ACESSO MIPO, DEAMBULANDO BEM, COM CARGA TOTAL. TEM RX QUE MOSTRA FX ALINHADA E MATERIAL NO MOIMPLANTADO ALÉM DE CONSOLIDAÇÃO COMPLETADA.

Exame físico:
ADM NORMAL - TROFISMO MUSCULAR 90%
EDEMA RESIDUAL PRESENTE.

Hipótese diagnóstica:
FX DIÁFISE TIBIAL DISTAL COM CONSOLIDAÇÃO FINALIZADA **S82.8**

OBSERVAÇÃO PERICIAL DETRAN

01 -	RX PERNA DIR AP/P, FINAL CONSOLIDAÇÃO DA TIBIA FIBULA
02 -	MANTER FISIOTERAPIA
03 -	ENCAMINHO PARA RETIRADA DE SEGURO DPVAT
04 -	ALTA AMBULATORIAL

PAC ENCAMINHADA PERICIA MÉDICA PARA RETIRADA DE SEGURO DPVAT.
CIRURGIA: OSTEOSSÍNTESE DA TÍBIA DISTAL COM PLACA BLOQUEADA FIXADA COM PARAFUSOS CORTICAIS E DE BLOQUEIO, COM LOCALIZAÇÃO ADEQUADA DE ACORDO COM MANUAL AO.

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17638
TEOT: 11983

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 28/10/2019 11:29

Atendimento: 326117 Entrada: 22/09/2019 Hora: 16:41
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel:
Médico Resp.: ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS

Saida: 02/10/2019 Hora: 23:25
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 705000887151159

Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA
Nascimento: 30/12/1979 (39 Anos e 9 Meses)
Endereço: ENGENHO SERRA
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 54510-401
Cidade: 2602902 CABO DE SANTO AGOSTINHO
Pai: IVANILDO SALES DA SILVA
Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 07215981452
Identidade: 5640163 - SDS - PE
Telefone: / 985070573
G.Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 22/09/2019 - 18:56

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS CRM 18561)

Queixa do paciente:
PCTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 5 DIAS, ENCAMINHADO DO DOM HELDER COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Exame físico:
DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA

Hipótese diagnóstica:
FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -	INTERNAMENTO	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: *(Enfermagem/mobilização)* COMANDA:

HOSPITAL ARMINDO MOURA (Emitente: MILENA

R136 - Ficha de Cirurgia

CTI - Informática
Data: 28/10/2019
Pagina: 1 11:30

Atendimento: 325117 Aviso: 25171
Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA RG: 5640163
Idade: 38 Anos e 3 Meses Telefone: 988070573 CPF: 07215981452
Plano: SUS - ELETIVAS Enfermaria: ENFERMARIA 08
Previsto: Data: 24/09/2019 Início: 04:30 Duração: 00:30 Acomodação: LEITO 03

Diagnóstico Pré-Operatório

S822 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Anestesia: Data: 24/09/2019 Início: 09:15 Fim: 09:50

RAQUE COM SEDAÇÃO

Equipe Cirurgica: Início: 09:10 Fim: 10:00

Cirurgião	JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA	Anestesista	ELIVELTON ANDRE DE LIMA SILVA
1º Auxiliar		Aux Anest	
2º Auxiliar		Consultor	
3º Auxiliar		Perfusionista	
4º Auxiliar		Pediatra	
Instrumentador		Intensivista	

Diagnóstico Pós-Operatório

Descrição

1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
2) ASSEPSIA E CAMPOS.
3) ACESSO ANTERIOR EM PONTE
4) REDUÇÃO CRUENTA SOB TRAÇÃO AXIAL E PASSAGEM PLACA EM T PERFIL BAIXO;
5) FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS;
6) LAVAGEM COM SORO; SUTURAS POR PLANOS COM VICRYL + E MONONYLON 3.0;
7) CURATIVOS E TALA

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 25/09/2019 10:44

Atendimento: 225117 Entrada: 27/09/2019 Hora: 15:41
Acomodação: LEITO 01
Plano: SUS ELETIVAS
Responsavel:
Medico Resp: ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS

Enfermaria: ENFERMARIA 07
Permanência: 2 (Dias) 18 horas
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 705000867101189

Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA
Nascimento: 30/12/1979 (39 Anos e 8 Meses)
Endereço: ENGENHO SERRA
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 54510-201
Cidade: 2607602 CABO DE SANTO AGOSTINHO
Pai: GIVANILDO SALES DA SILVA
Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 07215981452
Identidade: 5643183 - SDS - PE
Telefone: / 9881 10573
Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS CRM 18551)

Queixa do paciente:
PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 5 DIAS, ENCAMINHADO DO DOM HELDER COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Exame fisico:
DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA

Hipótese diagnóstica:
FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01	INTERNAMENTO	
02		
03		
04		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (enfermagem/imobilização) COMANDA:

Pernambuco

Dom Helder Câmara

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO

Nome: _____ Reg: _____

Idade: _____ Data de Admissão: __/__/__

HISTÓRIA CLÍNICA:

EXAMES COMPLEMENTARES:

HD: _____

PRESCRIÇÃO ATUAL:

TRANSFERIDO/ENCAMINHADO PARA: _____

SENHA: _____

DATA: __/__/__ HORA: _____

Médico/CRM

UBTM

Armindo Moura

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Admissão: 325117

Enfermaria:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Leito: LEITO 01

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TIBIA

CID 10: S82.2

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISE TIBIA → (XX) DIREITA / ( ) ESQUERDA
( ) PLACA EM T BLOQUEADA 4,5MM + PARAFUSOS CORTICAIS E DE BLOQUEIO
24/09/2019

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS; EXERCÍCIOS IMEDIATOS DE TORNOZELO;

4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL, ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 7H;

Relatório Emitido Eletrônicamente

Data: 24/09/2019 as 14:01

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15551 CNMRA 15538
TEL: 81 9999

Dr. (a)JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

Armindo Moura

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (1025234) Admissão: 325117

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia Data: / /

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Farmácia / 2ª via - Paciente

Identificação do Paciente: 325117

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (1025234)

Endereço: ENGENHO SERRA Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

Descrição:

CEFALEXINA 500MG ---------- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

ALGICOD (paracetamol + fosfato de codeina 30+500mg)--------1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador **Identificação do Fornecedor**

Nome:

Identidade:

Órgão emissor:

Endereço:

Cidade: PE: **Assinatura do Farmacêutico**

Telefone: **Data / /**

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

15595

24/09/2019

Relatório Emitido Eletrônicamente

Data: 24/09/2019 às 13:59

Dr. (a)JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

HOSPITAL MODELO
Sistema de Internacao -- Ficha de Paciente

Codigo. .....: 15091 Data.: 16/04/2011 Hora: 16:18
Nome.....:GIVANILDO SALES DA SILVA
Apelido ....: Situação: NORMAL

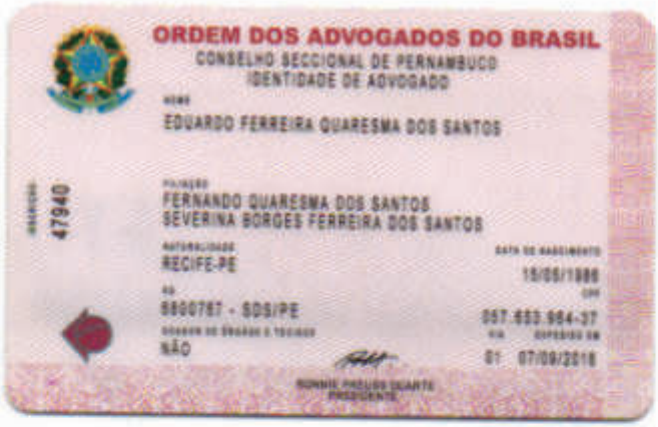
Idade.....:39a 8m 23d Dt.Nasc.: 30/12/1979
Documento...: Sexo....: MASCULINO
Sexo.....:MASCULINO Cor.....: SEM INFORMAÇÃO
Estado Civil:SOLTEIRO
Filiação....:IVANILDO SALES DA SILVA
MIRIAM RODRIGUES DA SILVA

Endereco....:ENGENHO SERRA,
LOT 80
Cidade. ....:CABO -PE
Bairro.....:CENTRO
Fone. .....:8185031800,81986576226,8186
Cep. .....:54510401

Distrito Sanitario:
Classe Economica..:
...o de Moradia...:
Tipo de Residencia:
Grau de Instrução.:
Religião.....:
Profissão.....:OUTROS

Trabalho.....:
Conjugue... ..:
Tipo Sanguineo:
Doador.....:N
Ocupac... ..:19791230GIVANILDO MIRIAM ROL
Usuario.....:BETHESLS
Numero CNS....:705000867151159
C.P.F.... ....:07215981452
Registro.. ...:
Identidade ...:56400163 - SDSPE


TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
15032573
USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)
OAB


ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO
NOME
EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
FILIAÇÃO
FERNANDO QUARESMA DOS SANTOS
SEVERINA BORGES FERREIRA DOS SANTOS
NATURALIDADE
RECIFE-PE
DATA DE NASCIMENTO
15/05/1986
RG
8800787 - SDS/PE
CPF
057.653.984-37
DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO
VIA
01
EXPEDIDO EM
07/09/2016
47940
RONNIE PRADO DUARTE
PRESIDENTE

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

NOME
GIVANILDO SALES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5640163 SDS PE

CPF
072.159.814-52

DATA NASCIMENTO
30/12/1979

FILIAÇÃO
IVANILDO SALES DA SILVA
MIRIAN RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB
A

Nº REGISTRO
04962751109

VALIDADE
15/06/2020

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2010

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
11038732220

OBSERVAÇÕES
sem observações

Givanildo sales da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CABO - PE

DATA EMISSÃO
16/06/2015

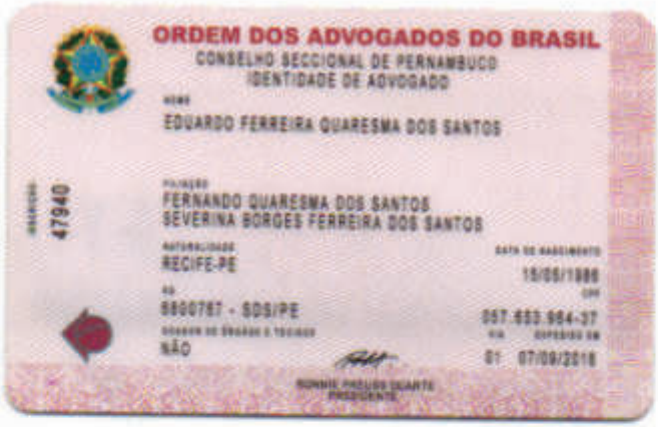
ASSINATURA DO EMISSOR

24717815643
PE066319285

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
11038732220


TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
15032573
USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)
OAB


ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO
NOME
EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
FILIAÇÃO
FERNANDO QUARESMA DOS SANTOS
SEVERINA BORGES FERREIRA DOS SANTOS
NATURALIDADE
RECIFE-PE
DATA DE NASCIMENTO
15/05/1986
RG
8800787 - SDS/PE
CPF
057.653.984-37
DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO
VIA
01
EXPEDIDO EM
07/09/2016
47940
RONNIE PRADO DUARTE
PRESIDENTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382830/19

Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

Data do acidente: 18/09/2019

CPF: 072.159.814-52

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIVANILDO SALES DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 057.653.964-37

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

GIVANILDO SALES DA SILVA : 072.159.814-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 31/10/2019	Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 057.653.964-37	CPF: 492.294.514-87
EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS	Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461597/19

Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

Data do acidente: 18/09/2019

CPF: 072.159.814-52

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIVANILDO SALES DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 057.653.964-37

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

GIVANILDO SALES DA SILVA : 072.159.814-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 19/12/2019	Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 057.653.964-37	CPF: 492.294.514-87
EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS	Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711824 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: EDEMA RESIDUAL

Sequelas: Sequela não indenizável

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.3.6_CIRURGIA- CONFORME LAUDO ACOSTADO PAG.1, ONDE REFERE CONSOLIDAÇÃO COMPLETA E ADEQUADA, COM EDEMA RESIDUAL.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711824 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.3.6_CIRURGIA

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE – **GIVANILDO SALES DA SILVA**, casado, agricultor, portador da cédula de identidade nº 5640163 e do CPF nº 072-159-814-52, residente e domiciliado no Engenho Serra, Lote 80, CEP 545900-00, Cabo de Santo Agostinho/PE.

OUTORGADO – Dr. **Eduardo Ferreira Quaresma dos Santos**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob nº 47.940, CPF n. 057.653.964-37, com endereço profissional na Rua do Sossego, nº 53, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50050-080, onde recebe intimações/notificações de estilo; E-mail: [illegible]; Telefone: (81) 99959-9624;

PODERES – por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS - Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessário na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do Formulário de Autorização de Pagamento. Confere poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicia et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ação e/ou contra quem de direito, realizar procedimentos administrativos e/ou judiciais que visem a obtenção do objeto previsto no Instrumento Particular de Contrato de Prestação de Serviços Jurídicos, propor ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, podendo manejar petições, defesas, contestações, recursos, realizar audiências, propor e firmar acordo, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, concordar ou não com avaliações e cálculos, prestar declarações bem como ratificá-las e retificá-las, confessar dívida e/ou termo, firmar compromisso, acatar e aceitar proposta, desistir, renunciar, receber e levantar alvará(s) e/ou depósito(s) judicial(is), conhecer a procedência do pedido, requerer e/ou pedir benefícios da justiça gratuita, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, tudo conforme descrito no Art. 105 do Novo Código de Processo Civil, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento de mandato, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer com ou sem reservas de poderes.

Recife, 02 de Outubro 2019.

Givanildo Sales da Silva

Outorgante

1º Servico Notarial e Registral Ildefonso Torres de Sá - Titular

Reconheço Por Autenticidade a firma de GIVANILDO SALES DA SILVA dou fé. Em test. da verdade. Emol. 3,39. TSNR R$ 0,80. FERM R$ 0,04. FUNSEG R$ 0,08. FERC R$ 0,40. ISS R$ 0,20 Total R$ 4,91
02/10/2019 11:17:53

JAQUELINE RAFAELA CANDIDO DE OLIVEIRA
Escrevente

Selo 0150615.IRZ09201901.01127

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE – **GIVANILDO SALES DA SILVA**, casado, agricultor, portador da cédula de identidade nº 5640163 e do CPF nº 072-159-814-52, residente e domiciliado no Engenho Serra, Lote 80, CEP 545900-00, Cabo de Santo Agostinho/PE.

OUTORGADO – Dr. **Eduardo Ferreira Quaresma dos Santos**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob nº 47.940, CPF n. 057.653.964-37, com endereço profissional na Rua do Sossego, nº 53, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50050-080, onde recebe intimações/notificações de estilo; E-mail: [illegible]; Telefone: (81) 99959-9624;

PODERES – por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS - Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessário na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do Formulário de Autorização de Pagamento. Confere poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicia et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ação e/ou contra quem de direito, realizar procedimentos administrativos e/ou judiciais que visem a obtenção do objeto previsto no Instrumento Particular de Contrato de Prestação de Serviços Jurídicos, propor ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, podendo manejar petições, defesas, contestações, recursos, realizar audiências, propor e firmar acordo, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, concordar ou não com avaliações e cálculos, prestar declarações bem como ratificá-las e retificá-las, confessar dívida e/ou termo, firmar compromisso, acatar e aceitar proposta, desistir, renunciar, receber e levantar alvará(s) e/ou depósito(s) judicial(is), conhecer a procedência do pedido, requerer e/ou pedir benefícios da justiça gratuita, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, tudo conforme descrito no Art. 105 do Novo Código de Processo Civil, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento de mandato, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer com ou sem reservas de poderes.

Recife, 02 de Outubro 2019.

Givanildo Sales da Silva

Outorgante

1º Servico Notarial e Registral Ildefonso Torres de Sá - Titular

Reconheço Por Autenticidade a firma de GIVANILDO SALES DA SILVA dou fé. Em test. da verdade. Emol. 3,39. TSNR R$ 0,80. FERM R$ 0,04. FUNSEG R$ 0,08. FERC R$ 0,40. ISS R$ 0,20 Total R$ 4,91
02/10/2019 11:17:53

JAQUELINE RAFAELA CANDIDO DE OLIVEIRA
Escrevente

Selo 0150615.IRZ09201901.01127

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382830/19

Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

Data do acidente: 18/09/2019

CPF: 072.159.814-52

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIVANILDO SALES DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 057.653.964-37

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

GIVANILDO SALES DA SILVA : 072.159.814-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 31/10/2019	Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 057.653.964-37	CPF: 492.294.514-87
EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS	Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382830/19

Número do Sinistro: 3190616632

Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

Data do acidente: 18/09/2019

CPF: 072.159.814-52

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIVANILDO SALES DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 19/11/2019	Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 057.653.964-37	CPF: 492.294.514-87
EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS	Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461597/19

Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

Data do acidente: 18/09/2019

CPF: 072.159.814-52

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIVANILDO SALES DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 057.653.964-37

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

GIVANILDO SALES DA SILVA : 072.159.814-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 19/12/2019	Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 057.653.964-37	CPF: 492.294.514-87
EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS	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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190711824 **Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA**

Data do Acidente: 18/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIVANILDO SALES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190711824 **Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA**

Data do Acidente: 18/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GIVANILDO SALES DA SILVA

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 072.159.814-52

4 - Nome completo da vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: GIVANILDO SALES DA SILVA

6 - CPF: 072.159.814-52

7 - Profissão: AGRICULTOR

8 - Endereço: ENGENHO SERRA

9 - Número: LOTE 80

10 - Complemento:

11 - Bairro: PIRAPAMA

12 - Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

13 - Estado: PE

14 - CEP: 545900 00

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (81)999599624

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0559 (013) (Informar o dígito se existir) CONTA: 00061396 (9) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 31 DE OUTUBRO DE 2019

Givanildo Sales da Silva

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 072.159.814-52

4 - Nome completo da vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: GIVANILDO SALES DA SILVA

6 - CPF: 072.159.814-52

7 - Profissão: AGRICULTOR

8 - Endereço: ENGENHO SERRA

9 - Número: LOTE 80

10 - Complemento:

11 - Bairro: PIRAPAMA

12 - Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

13 - Estado: PE

14 - CEP: 545900 00

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (81)999599624

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0559 (013) (Informar o dígito se existir) CONTA: 00061396 (9) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 31 DE OUTUBRO DE 2019

Givanildo Sales da Silva

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ªCIRC
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0130006703

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/10/2019** às **09:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/9/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 01, ENGENHO SERRA** - Bairro: **ZONA RURAL** - **CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GIVANILDO SALES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GIVANILDO SALES DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

GIVANILDO SALES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAN RODRIGUES DA SILVA** Pai: **IVANILDO SALES DA SILVA** Data de Nascimento: **10/12/1979** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 01, ENGENHO SERRA LOTE 80 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GIVANILDO SALES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVANILDO SALES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA NXR 150 BROS MIX KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **IGO5221** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/PRISMA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA VÍTIMAQUE QUANDO EM TRASITO NO ENGENHO SERRA PROXIMO DE PIRAPAMA UM VEICLO PRISMA JA CITADO EM TELA FREIO BRUSCAMENTE E O CONDUTRO DA MOTO VÍTIMA TENTOU SE LIVRA E CAIU VINDO A SE ACIDENTAR O CONDUTOR DO PRISMA EVADIU-SE DO LOCAL. O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL D. HELDER CAMARA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMANDO MOURA.

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

GIVANILDO SALES DA SILVA
(VITIMA) X Givanildo Sales da Silva

B.O. registrado por: **FLAVIO DE LIRA SOUZA** - Matricula: **111428-0**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ªCIRC
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0130006703

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/10/2019** às **09:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/9/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 01, ENGENHO SERRA** - Bairro: **ZONA RURAL** - **CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GIVANILDO SALES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GIVANILDO SALES DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

GIVANILDO SALES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAN RODRIGUES DA SILVA** Pai: **IVANILDO SALES DA SILVA** Data de Nascimento: **10/12/1979** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 01, ENGENHO SERRA LOTE 80 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GIVANILDO SALES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVANILDO SALES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA NXR 150 BROS MIX KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **IGO5221** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/PRISMA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA VÍTIMAQUE QUANDO EM TRASITO NO ENGENHO SERRA PROXIMO DE PIRAPAMA UM VEICLO PRISMA JA CITADO EM TELA FREIO BRUSCAMENTE E O CONDUTRO DA MOTO VÍTIMA TENTOU SE LIVRA E CAIU VINDO A SE ACIDENTAR O CONDUTOR DO PRISMA EVADIU-SE DO LOCAL. O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL D. HELDER CAMARA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMANDO MOURA.

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

GIVANILDO SALES DA SILVA
(VITIMA) X Givanildo Sales da Silva

B.O. registrado por: **FLAVIO DE LIRA SOUZA** - Matricula: **111428-0**

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 072.159.814-52

4 - Nome completo da vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: GIVANILDO SALES DA SILVA

6 - CPF: 072.159.814-52

7 - Profissão: AGRICULTOR

8 - Endereço: ENGENHO SERRA

9 - Número: LOTE 80

10 - Complemento:

11 - Bairro: PIRAPAMA

12 - Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

13 - Estado: PE

14 - CEP: 545900 00

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (81)999599624

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0559 (013) (Informar o dígito se existir) CONTA: 00061396 (9) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 31 DE OUTUBRO DE 2019

Givanildo Sales da Silva

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 072.159.814-52

4 - Nome completo da vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: GIVANILDO SALES DA SILVA

6 - CPF: 072.159.814-52

7 - Profissão: AGRICULTOR

8 - Endereço: ENGENHO SERRA

9 - Número: LOTE 80

10 - Complemento:

11 - Bairro: PIRAPAMA

12 - Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

13 - Estado: PE

14 - CEP: 545900 00

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (81)999599624

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0559 (013) (Informar o dígito se existir) CONTA: 00061396 (9) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 31 DE OUTUBRO DE 2019

Givanildo Sales da Silva

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

PERNAMBUCO

CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES DE DEFESA SOCIAL

CERTIDÃO

Nº 131/2019

Declaro para os devidos fins, e por ter sido solicitado pelo(a) Sra. GIVANILDO SALES DA SILVA, CPF: 072.230.814-52, RG: 5040163, residente na RUA ENGENHEIRO SERRA, 80, LOTE, ZONA RURAL - CABO PE, que após busca no Comprovante de Ocorrências foi encontrado o registro que segue:

B1295137

Nome do solicitante: CILENE
Endereço: ENGENHO SERRA - ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO
Ponto de Referência: EM FRENTE A OLARIA
Natureza: COLISÃO ENTRE VEICULOS
Atendido em: 18/09/2019 12:05:10
Finalizado em: 18/09/2019 12:34:07
Viatura(s): AR 632
Comentários da ocorrência:

ENGENHO SERRA
COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO, COM 1 VITIMA CONSCIENTE, COM POSSIVEL
FRATURA NO
MEMBRO INFERIOR DIREITA, SEM SANGRAMENTO
CONT: 81 99682 6507 CILENE
>>> OCORRÊNCIA REPASSADA PELO RAMAL 8262
DE FRENTE AO PREDIO DA COMPESA

GGPOC: ACOMPANHANDO A EVOLUÇÃO DA OCORRÊNCIA E AGUARDANDO POSSIVEL
SOLICITAÇÃO
DO ORGÃO DE TRANSITO OU AUTORIDADE COMPETENTE

ENTRA NO SISTEMA PRAPAMA VIZUALIZA UMA BARRACA DE CALDE DE CANA E
SEGUE EM
FRENTE A BARRACA DE FRENTE A UM RETORNO PROIBIDO
NA ETA

GGPOC: ACOMPANHANDO A EVOLUÇÃO DA OCORRÊNCIA E AGUARDANDO POSSIVEL
SOLICITAÇÃO
DO ORGÃO DE TRANSITO OU AUTORIDADE COMPETENTE

MAIS DE 2H SEM SOLICITAÇÃO, GGPOC FECHARA A OCORRÊNCIA, PODENDO SER
REABERTA
MEDIANTE SOLICITAÇÃO

E por mais nada haver, vai assinado por mim, Ten Cel PM **VANIL DO OLIVEIRA GUIMARÃES JUNIOR, MAT 01992-6**, Gerente do CIOPS.

Recife-PE, 27 de setembro de 2016.

A descrição do fato contida neste documento refere-se, tão somente, as informações repassadas pelo solicitante por ocasião da denúncia.

CELPE

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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
GERSON FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 519.533.404-82

CLASSIFICAÇÃO
B2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA C R C LOTE 8

ENGENHO SERRA/CABO RURAL
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
54500-001

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0591578030	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	**DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA**
27/09/2019	23/10/2019
TOTAL A PAGAR (R$)	
94,47	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
078350387	ÚNICA	20/09/2019
APRESENTAÇÃO	**Nº DO CLIENTE**	**Nº DA INSTALAÇÃO**
20/09/2019	2000314920	588918

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	193,0000000	0,43729867	84,39
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,08
Contribuição CERLIT - (081) 3272-5779			2,00

TOTAL DA FATURA 94,47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
239087	CAT	22-08-2019	9.401,00	20-09-2019	9.594,00	29	1,00000		193,00

HISTÓRICO DE CONSUMO
Medido kWh

SET/19	193
AGO/19	182
JUL/19	157
JUN/19	149
MAI/19	160
ABR/19	155
MAR/19	143
FEV/19	126
JAN/19	138
DEZ/18	146
NOV/18	141
OUT/18	136
SET/18	136

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	82,47	0,81	0,74
COFINS	82,47	3,72	3,43

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	41,33	46,75%
Transmissão	R$	4,34	4,90%
Distribuição (Celpe)	R$	25,29	28,63%
Perdas de Energia	R$	3,28	3,95%
Encargos Setoriais	R$	6,17	6,97%
Tributos	R$	4,17	4,51%
Total	R$	82,47	100%

TARIFAS APLICADAS
Consumo Ativo(kWh) 0,41749000

RESERVADO AO FISCO
92BB 9C18 4980 639B 291C 6D97 59D4 F0BD

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ou com seu celular: nos aplicativos de pagamento, leia o código de barras da fatura e pague em reais. Pague em dia e evite multa. Consulte em www.celpe.com.br a data da leitura e a bandeira em vigor e a segunda via gratuita. 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.(Lei10.438/02) e atualização monetária no prazo, não isenção do ICMS conforme art.8,XI,VII,d do RICMS-PE. Desconto incondicional pela aplicação da Tarifa B2RURAL = R$ 35,85. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para religação de ... O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art.7º REN 581/13.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, prazos, serviços prestados e trabalhos de ... estão à disposição em www.celpe.com.br, nos postos de atendimento e no site www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO CABO	VALOR ACUMUL. 12/2019	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC		7,73	11,01	22,03	44,07
FIC		0,00	7,58	15,15	30,35
DMIC		3,70	5,98	0,00	0,00

Limite DICRI: 15,50 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 43,75

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTORIZADO PELO SECRETÁRIO ESTADUAL DE FAZENDA (DECRETO 11.674 DE 16/05/2012 DO Nº 35.512 PE)

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
0591578030	09/2019	27/09/2019	94,47

83880000000-3 94470011000-2 59157803010-7 16955215783-3

TIM S.A.
Av.Marechal Mascarenhas Morais 4270
FREG.D AFOGADOS-Imbiribeira-Recife - PE
CNPJ: 02.421.421/0013-55 - I.E.: 0265614-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

R$ 35,95

VENCIMENTO
15/10/2019

EMISSÃO: 01/10/2019
POSTAGEM: 07/10/2019
FATURA: 3997444149

CLIENTE: 1.61794998

CPF/CNPJ: 05765396437

ACESSO: 81 99959-9624

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009114870647011

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
JACYARA, 106
BOMBA DO HEMETERIO
52111-170 - RECIFE - PE

IMPORTANTE PARA EDUARDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 25/AGO A 24/SET

Serviços TIM S.A.	VALOR
TIM Controle A Plus	**R$ 34,99**
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	**R$ 0,96**

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
TIM Controle A Plus: 81999599624 (088/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	**49,99**
TIM Backup 5GB	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Jornais	-	-	1	-	-	Incluído
Desconto Franquia TIM Controle	-	-	1/12	-	-	**–10,08**
Desconto Serviços VAS TIM Controle	-	-	1/12	-	-	**–4,92**
					Total de Mensalidades	**34,99**

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
JUROS: (VENC 15/08/19, PAGO EM 10/09/19)	-	-	1	-	-	0,29

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	R$ 0,16
ICMS	30%	R$ 23,51	R$ 7,05	FUNTTEL:	R$ 0,08
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	4,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições ao FUST [1%] e FUNTTEL [0,5%] não são repassadas às tarifas

Informações Complementares – Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluídos no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R$ 33,59
SVA	R$ 16,40
Desconto(s) Franquia(s)	R$ –10,08
Desconto(s) SVA	R$ –4,92

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009114870647011	OUT/2019	01/10/2019	**15/10/2019**	**R$ 35,95**

VIA BANCO

84650000000 - 1 | 35950109011 - 2 | 00399744414 - 0 | 90114870647 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Nº de Identificação do documento: 3997444149

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
MULTAS: (VENC 15/08/19, PAGO EM 10/09/19)	-	-	1	-	-	0,67
					Total de Outros Créditos e Débitos	**0,96**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES – PLANO(S) E SERVIÇOS DE VALOR ADICIONADO (SVA)

	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
Franquia(s)	-	-	-	33,59
TIM Controle A Plus: 81999599624 (088/PÓS/SMP)	1	-	-	33,59
Serviços de valor adicionado(SVA)	-	-	-	16,40
TIM Backup 5GB	1	-	-	3,90
TIM Banca Jornais	1	-	-	12,50
Desconto(s) Franquia(s)	-	-	-	−10,08
Desconto Franquia TIM Controle	1/12	-	-	−10,08
Desconto(s) Serviços de valor adicionado(SVA)	-	-	-	−4,92
Desconto Serviços VAS TIM Controle	1/12	-	-	−4,92

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

NÚMERO: 005.938.583-BB

TIM S.A.
Av.Marechal Mascarenhas de Morais, 4270 FREG. DOS AFOGADOS Recife PE
CNPJ: 02.421.421/0013-55 - I.E.: 0265614-09

ENDEREÇO FISCAL

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 05765396437
JACYARA, 106
BOMBA DO HEMETERIO
52111-170 - RECIFE - PE

EMISSÃO: 01/10/2019
REFERÊNCIA: OUT/2019
PERÍODO: 25/08/2019 A 24/09/2019
CFOP: 5.307

ITEM	QUANTIDADE	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
1 TIM Controle A Plus	**1**	**30%**	**3,65%**	**23,51**
				TOTAL TIM S.A.: 23,51

ICMS	**Alíquota 30%**	**Base de Cálculo R$23,51**	**7,05**
PIS/COFINS Serviço de Telecom	**Alíquota 3,65%**		

Reservado ao Fisco: B7DF.833C.2944.D866.7236.8B9B.9821.4E46

Deficientes Auditivos e da Fala ligue, 0800 741 2580 via telefone fixo com TDD

Central de Atendimento Anatel: 1331 - Ao ligar informe o nº do protocolo registrado na prestadora.

Na hora de completar suas ligações de longa distância você precisa digitar o código de uma operadora que preste este serviço na sua região. Conheça todos e faça sua escolha:

- Todo o Brasil • *15 - Telefônica - Todo o Brasil • *21 - Claro - Todo o Brasil • *31 - Telemar - Todo o Brasil • *14 - Oi - SP, PR, SC, RS, MS, BA, SP, MG, GO, RJ • *75 - Vipway - Código nacional 43 • *12 - CTBC - Todo o Brasil • *91 - IP CORP - Todo o Brasil • *85 - Telecom 65 - Código nacional 65 • *49 - Cambridge - SP (setor 31) • *26 - IDT Brasil - SP, RJ, MG, PR, RS • *24 - Sercomtel - PR

Bancos conveniados: • BASA (Banco da Amazônia) • Banco do Brasil • Banpará • Bancoob • Banrisul • Bansicred • Cecred • Mercantil • Banco Regional de Brasilia • Banco Safra • Bradesco • Caixa Econômica • Citibank • Itaú • Santander • PagFácil • Uniprime • Intermedium • Banestes • Tribanco • Banco do Nordeste do Brasil • Banco do Estado de Sergipe

CELPE

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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
GERSON FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 519.533.404-82

CLASSIFICAÇÃO
B2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA C R C LOTE 8

ENGENHO SERRA/CABO RURAL
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
54500-001

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0591578030	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	**DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA**
27/09/2019	23/10/2019
TOTAL A PAGAR (R$)	
94,47	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
078350387	ÚNICA	20/09/2019
APRESENTAÇÃO	**Nº DO CLIENTE**	**Nº DA INSTALAÇÃO**
20/09/2019	2000314920	588918

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	193,0000000	0,43729867	84,39
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,08
Contribuição CERLIT - (081) 3272-5779			2,00

TOTAL DA FATURA 94,47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
239087	CAT	22-08-2019	9.401,00	20-09-2019	9.594,00	29	1,00000		193,00

HISTÓRICO DE CONSUMO
Medido kWh

SET/19	193
AGO/19	182
JUL/19	157
JUN/19	149
MAI/19	160
ABR/19	155
MAR/19	143
FEV/19	126
JAN/19	138
DEZ/18	146
NOV/18	141
OUT/18	136
SET/18	136

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	82,47	0,81	0,74
COFINS	82,47	3,72	3,43

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	41,33	46,75%
Transmissão	R$	4,34	4,90%
Distribuição (Celpe)	R$	25,29	28,63%
Perdas de Energia	R$	3,28	3,95%
Encargos Setoriais	R$	6,17	6,97%
Tributos	R$	4,17	4,51%
Total	R$	82,47	100%

TARIFAS APLICADAS
Consumo Ativo(kWh) 0,41749000

RESERVADO AO FISCO
92BB 9C18 4980 639B 291C 6D97 59D4 F0BD

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ou com seu celular: nos aplicativos de pagamento, leia o código de barras da fatura e pague em reais. Pague em dia e evite multa. Consulte em www.celpe.com.br a data da leitura e a bandeira em vigor e a segunda via gratuita. 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.(Lei10.438/02) e atualização monetária no prazo, não isenção do ICMS conforme art.8,XI,VII,d do RICMS-PE. Desconto incondicional pela aplicação da Tarifa B2RURAL = R$ 35,85. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para religação de ... O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art.7º REN 581/13.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, prazos, serviços prestados e trabalhos de ... estão à disposição em www.celpe.com.br, nos postos de atendimento e no site www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO CABO	VALOR ACUMUL. 12/2019	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC		7,73	11,01	22,03	44,07
FIC		0,00	7,58	15,15	30,35
DMIC		3,70	5,98	0,00	0,00

Limite DICRI: 15,50 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 43,75

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTORIZADO PELO SECRETÁRIO ESTADUAL DE FAZENDA (DECRETO 11.674 DE 16/05/2012 DO Nº 35.512 PE)

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
0591578030	09/2019	27/09/2019	94,47

83880000000-3 94470011000-2 59157803010-7 16955215783-3

TIM S.A.
Av.Marechal Mascarenhas Morais 4270
FREG.D AFOGADOS-Imbiribeira-Recife - PE
CNPJ: 02.421.421/0013-55 - I.E.: 0265614-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

R$ 35,95

VENCIMENTO
15/10/2019

EMISSÃO: 01/10/2019
POSTAGEM: 07/10/2019
FATURA: 3997444149

CLIENTE: 1.61794998

CPF/CNPJ: 05765396437

ACESSO: 81 99959-9624

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009114870647011

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
JACYARA, 106
BOMBA DO HEMETERIO
52111-170 - RECIFE - PE

IMPORTANTE PARA EDUARDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 25/AGO A 24/SET

Serviços TIM S.A.	VALOR
TIM Controle A Plus	**R$ 34,99**
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	**R$ 0,96**

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
TIM Controle A Plus: 81999599624 (088/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	**49,99**
TIM Backup 5GB	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Jornais	-	-	1	-	-	Incluído
Desconto Franquia TIM Controle	-	-	1/12	-	-	**–10,08**
Desconto Serviços VAS TIM Controle	-	-	1/12	-	-	**–4,92**
					Total de Mensalidades	**34,99**

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
JUROS: (VENC 15/08/19, PAGO EM 10/09/19)	-	-	1	-	-	0,29

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	R$ 0,16
ICMS	30%	R$ 23,51	R$ 7,05	FUNTTEL:	R$ 0,08
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	4,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições ao FUST [1%] e FUNTTEL [0,5%] não são repassadas às tarifas

Informações Complementares – Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluídos no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R$ 33,59
SVA	R$ 16,40
Desconto(s) Franquia(s)	R$ –10,08
Desconto(s) SVA	R$ –4,92

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009114870647011	OUT/2019	01/10/2019	**15/10/2019**	**R$ 35,95**

VIA BANCO

84650000000 - 1 | 35950109011 - 2 | 00399744414 - 0 | 90114870647 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Nº de Identificação do documento: 3997444149

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
MULTAS: (VENC 15/08/19, PAGO EM 10/09/19)	-	-	1	-	-	0,67
					Total de Outros Créditos e Débitos	**0,96**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES – PLANO(S) E SERVIÇOS DE VALOR ADICIONADO (SVA)

	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
Franquia(s)	-	-	-	33,59
TIM Controle A Plus: 81999599624 (088/PÓS/SMP)	1	-	-	33,59
Serviços de valor adicionado(SVA)	-	-	-	16,40
TIM Backup 5GB	1	-	-	3,90
TIM Banca Jornais	1	-	-	12,50
Desconto(s) Franquia(s)	-	-	-	−10,08
Desconto Franquia TIM Controle	1/12	-	-	−10,08
Desconto(s) Serviços de valor adicionado(SVA)	-	-	-	−4,92
Desconto Serviços VAS TIM Controle	1/12	-	-	−4,92

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

NÚMERO: 005.938.583-BB

TIM S.A.
Av.Marechal Mascarenhas de Morais, 4270 FREG. DOS AFOGADOS Recife PE
CNPJ: 02.421.421/0013-55 - I.E.: 0265614-09

ENDEREÇO FISCAL

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 05765396437
JACYARA, 106
BOMBA DO HEMETERIO
52111-170 - RECIFE - PE

EMISSÃO: 01/10/2019
REFERÊNCIA: OUT/2019
PERÍODO: 25/08/2019 A 24/09/2019
CFOP: 5.307

ITEM	QUANTIDADE	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
1 TIM Controle A Plus	**1**	**30%**	**3,65%**	**23,51**
				TOTAL TIM S.A.: 23,51

ICMS	**Alíquota 30%**	**Base de Cálculo R$23,51**	**7,05**
PIS/COFINS Serviço de Telecom	**Alíquota 3,65%**		

Reservado ao Fisco: B7DF.833C.2944.D866.7236.8B9B.9821.4E46

Deficientes Auditivos e da Fala ligue, 0800 741 2580 via telefone fixo com TDD

Central de Atendimento Anatel: 1331 - Ao ligar informe o nº do protocolo registrado na prestadora.

Na hora de completar suas ligações de longa distância você precisa digitar o código de uma operadora que preste este serviço na sua região. Conheça todos e faça sua escolha:

- Todo o Brasil • *15 - Telefônica - Todo o Brasil • *21 - Claro - Todo o Brasil • *31 - Telemar - Todo o Brasil • *14 - Oi - SP, PR, SC, RS, MS, BA, SP, MG, GO, RJ • *75 - Vipway - Código nacional 43 • *12 - CTBC - Todo o Brasil • *91 - IP CORP - Todo o Brasil • *85 - Telecom 65 - Código nacional 65 • *49 - Cambridge - SP (setor 31) • *26 - IDT Brasil - SP, RJ, MG, PR, RS • *24 - Sercomtel - PR

Bancos conveniados: • BASA (Banco da Amazônia) • Banco do Brasil • Banpará • Bancoob • Banrisul • Bansicred • Cecred • Mercantil • Banco Regional de Brasilia • Banco Safra • Bradesco • Caixa Econômica • Citibank • Itaú • Santander • PagFácil • Uniprime • Intermedium • Banestes • Tribanco • Banco do Nordeste do Brasil • Banco do Estado de Sergipe

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 64
SAC (para reclamações e sugestões, 24 hours por dia): 0800 022 91 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 COAF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, E 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 9613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO FERREIRA QUADROS DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 050.653.264-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GIVANILDO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.150.314-54

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GIVANILDO GOMES DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.150.314-54, 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 de comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: RUA JACINTA

Número: 106 | Complemento:

Bairro: PONTE DE MANGUE | Cidade: RECIFE | Estado: PE | CEP: 52.011-110

E-mail: | Tel.(DDD): 81 99[illegible]

Local e Data: RECIFE, 31 DE AGOSTO DE 2019

Eduardo F. Q. dos Santos

Assinatura do Declarante

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 64
SAC (para reclamações e sugestões, 24 hours por dia): 0800 022 91 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 COAF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, E 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 9613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO FERREIRA QUADROS DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 050.653.264-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GIVANILDO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.150.314-54

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GIVANILDO GOMES DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.150.314-54, 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 de comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: RUA JACINTA

Número: 106 | Complemento:

Bairro: PONTE DE MANGUE | Cidade: RECIFE | Estado: PE | CEP: 52.011-110

E-mail: | Tel.(DDD): 81 99[illegible]

Local e Data: RECIFE, 31 DE AGOSTO DE 2019

Eduardo F. Q. dos Santos

Assinatura do Declarante

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 28/10/2019 11:29

Atendimento: 326117 Entrada: 22/09/2019 Hora: 16:41
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel:
Médico Resp.: ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS

Saida: 02/10/2019 Hora: 23:25
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 705000887151159

Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA
Nascimento: 30/12/1979 (39 Anos e 9 Meses)
Endereço: ENGENHO SERRA
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 54510-401
Cidade: 2602902 CABO DE SANTO AGOSTINHO
Pai: IVANILDO SALES DA SILVA
Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 07215981452
Identidade: 5640163 - SDS - PE
Telefone: / 985070573
G.Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 22/09/2019 - 18:56

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS CRM 18561)

Queixa do paciente:
PCTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 5 DIAS, ENCAMINHADO DO DOM HELDER COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Exame físico:
DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA

Hipótese diagnóstica:
FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -	INTERNAMENTO	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: *(Enfermagem/mobilização)* COMANDA:

HOSPITAL ARMINDO MOURA (Emitente: MILENA

R136 - Ficha de Cirurgia

CTI - Informática
Data: 28/10/2019
Pagina: 1 11:30

Atendimento: 325117 Aviso: 25171
Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA RG: 5640163
Idade: 38 Anos e 3 Meses Telefone: 988070573 CPF: 07215981452
Plano: SUS - ELETIVAS Enfermaria: ENFERMARIA 08
Previsto: Data: 24/09/2019 Início: 04:30 Duração: 00:30 Acomodação: LEITO 03

Diagnóstico Pré-Operatório

S822 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Anestesia: Data: 24/09/2019 Início: 09:15 Fim: 09:50

RAQUE COM SEDAÇÃO

Equipe Cirurgica: Início: 09:10 Fim: 10:00

Cirurgião	JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA	Anestesista	ELIVELTON ANDRE DE LIMA SILVA
1º Auxiliar		Aux Anest	
2º Auxiliar		Consultor	
3º Auxiliar		Perfusionista	
4º Auxiliar		Pediatra	
Instrumentador		Intensivista	

Diagnóstico Pós-Operatório

Descrição

1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
2) ASSEPSIA E CAMPOS.
3) ACESSO ANTERIOR EM PONTE
4) REDUÇÃO CRUENTA SOB TRAÇÃO AXIAL E PASSAGEM PLACA EM T PERFIL BAIXO;
5) FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS;
6) LAVAGEM COM SORO; SUTURAS POR PLANOS COM VICRYL + E MONONYLON 3.0;
7) CURATIVOS E TALA

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 25/09/2019 10:44

Atendimento: 225117 Entrada: 27/09/2019 Hora: 15:41
Acomodação: LEITO 01
Plano: SUS ELETIVAS
Responsavel:
Medico Resp: ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS

Enfermaria: ENFERMARIA 07
Permanência: 2 (Dias) 18 horas
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 705000867101189

Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA
Nascimento: 30/12/1979 (39 Anos e 8 Meses)
Endereço: ENGENHO SERRA
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 54510-201
Cidade: 2607602 CABO DE SANTO AGOSTINHO
Pai: GIVANILDO SALES DA SILVA
Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 07215981452
Identidade: 5643183 - SDS - PE
Telefone: / 9881 10573
Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS CRM 18551)

Queixa do paciente:
PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 5 DIAS, ENCAMINHADO DO DOM HELDER COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Exame fisico:
DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA

Hipótese diagnóstica:
FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01	INTERNAMENTO	
02		
03		
04		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (enfermagem/imobilização) COMANDA:

Pernambuco

Dom Helder Câmara

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO

Nome: _____ Reg: _____

Idade: _____ Data de Admissão: __/__/__

HISTÓRIA CLÍNICA:

EXAMES COMPLEMENTARES:

HD: _____

PRESCRIÇÃO ATUAL:

TRANSFERIDO/ENCAMINHADO PARA: _____

SENHA: _____

DATA: __/__/__ HORA: _____

Médico/CRM

UBTM

Armindo Moura

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Admissão: 325117

Enfermaria:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Leito: LEITO 01

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TIBIA

CID 10: S82.2

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISE TIBIA → (XX) DIREITA / ( ) ESQUERDA
( ) PLACA EM T BLOQUEADA 4,5MM + PARAFUSOS CORTICAIS E DE BLOQUEIO
24/09/2019

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS; EXERCÍCIOS IMEDIATOS DE TORNOZELO;

4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL, ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 7H;

Relatório Emitido Eletrônicamente

Data: 24/09/2019 as 14:01

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15551 CNMRA 15538
TEL: 81 9999

Dr. (a)JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

Armindo Moura

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (1025234) Admissão: 325117

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia Data: / /

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Farmácia / 2ª via - Paciente

Identificação do Paciente: 325117

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (1025234)

Endereço: ENGENHO SERRA Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

Descrição:

CEFALEXINA 500MG ---------- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

ALGICOD (paracetamol + fosfato de codeina 30+500mg)--------1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador **Identificação do Fornecedor**

Nome:

Identidade:

Órgão emissor:

Endereço:

Cidade: PE: **Assinatura do Farmacêutico**

Telefone: **Data / /**

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

15595

24/09/2019

Relatório Emitido Eletrônicamente

Data: 24/09/2019 às 13:59

Dr. (a)JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

HOSPITAL MODELO
Sistema de Internacao -- Ficha de Paciente

Codigo. .....: 15091 Data.: 16/04/2011 Hora: 16:18
Nome.....:GIVANILDO SALES DA SILVA
Apelido ....: Situação: NORMAL

Idade.....:39a 8m 23d Dt.Nasc.: 30/12/1979
Documento...: Sexo....: MASCULINO
Sexo.....:MASCULINO Cor.....: SEM INFORMAÇÃO
Estado Civil:SOLTEIRO
Filiação....:IVANILDO SALES DA SILVA
MIRIAM RODRIGUES DA SILVA

Endereco....:ENGENHO SERRA,
LOT 80
Cidade. ....:CABO -PE
Bairro.....:CENTRO
Fone. .....:8185031800,81986576226,8186
Cep. .....:54510401

Distrito Sanitario:
Classe Economica..:
...o de Moradia...:
Tipo de Residencia:
Grau de Instrução.:
Religião.....:
Profissão.....:OUTROS

Trabalho.....:
Conjugue... ..:
Tipo Sanguineo:
Doador.....:N
Ocupac... ..:19791230GIVANILDO MIRIAM ROL
Usuario.....:BETHESLS
Numero CNS....:705000867151159
C.P.F.... ....:07215981452
Registro.. ...:
Identidade ...:56400163 - SDSPE

HOSPITAL DOM HELDER

IMIP

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 20/09/19

Paciente: Givanildo Sales da Silva Registro: 15991

Peso Atual: 88 Peso Habitual: _____ Altura: 1,76 Idade: 39 Leito: Verde/TRO

Parte 1 – Triagem Inicial	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5? IMC: 28,4 kg/m2		X
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?	X	
Houve Redução na ingesta de alimentos na última semana?	X	
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		X

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1) /	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1) /	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer; Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês(>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total= 2 NAN Secundário

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Ella A. Pereira Barreto
Nutricionista
CRN 6 - 10646

Nutricionista

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN para o âmbito hospitalar*

*Kondrup J. Allison SP, Elia M, Vellas B. Plauth M ; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition(ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Raslan.

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

Pernambuco

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: GIVANILDO SALES MOSIN Registro: _____ Nº Atendimento: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: DOR PONTA (D)

História da Doença Atual:

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO.

FRAT. FECHADA COXA MD

Interrogatório Sintomatológica:

DOR + EDEMA

Exame Físico:

Neurovascular preserva
pulso ⊕

Antecedentes Pessoais:

/

Medicações em Uso

/

Antecedentes Familiares:

/

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura ossos da perna ⓓ

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Alta - Hospitalar

Dr. Igor Abutrab
CRM

Cabo de Santo Agostinho, ___/___/___ 19 SET. 2019

Assinatura e Carimbo

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: [illegible] Registro: 15091

Clínica: Ortop Enfermaria: Leito:

Data/Hora	
	HT Ortopedia
19/9/16	Paciente [illegible] sem queixas no momento, aguardando procedimento cirúrgico. CD: Cirurgia
	Dr. Luciano L. Cunha JR. Ortopedia - Traumatologia CRM/PE 25.[illegible]
	HT Ortopedia
20/9/16	Paciente [illegible] em leito, sem queixas no momento, aguardando procedimento cirúrgico. - [illegible], Cirurgia, consulta, [illegible] CD: Cirurgia
	Dr. Luciano L. Cunha JR. Ortopedia - Traumatologia CRM/PE 25.[illegible]

CÓD. 38251

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Givanildo Seles da Silva. Registro: 15091

Clínica: Enfermaria: Unid - Leito:

Data/Hora	* Serviço Social *
20/09/19 22:55h	Realizada visita ao leito, atendimento social. Pct. refere residir com esposa e filho no Cabo, area possui atenção Básica de Saúde. Prestadas orientações das normas e rotinas do hospital e direitos do usuário do SUS.
	Helene Alvaro Bourg... Assistente Social Solange ... Faturamento ...
21/09/19	ok
	Aguardar avali. s pendentes
	do exame SLAS
	cons. Amanda MC
	Eduardo Lacerda Traumatologia Ortopedia CRM ...
22/08/19	Ortopedia
	Hx: fratura dos ossos do pé direito
	pacte. evoluindo em BEG.
	Agendado TAC
	Dr. Maurício Mendonça Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM 15659

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
22/09/13 14:30	Em tempo paciente com Senhor de Carmino Arnaldo Moreno 623317 Dr. Walter Mendes de Oliveira Ortopedia - Traumatologia CRM 16569

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 15091
Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA
Mãe: MIRIAN RODRIGUES DA SILVA

Cadastro aberto com troca de letra no nome da mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA, pelo usuário BETHE SEA DE LEMOS SILVA em 16/04/2011.

Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento CNH com identidade nº 5640163 SDS PE foi procedida a referida alteração.

HDH-Hospital Dom Helder Câmara
José Júlio
Assistente Administrativo
SAME/Faturamento

Cabo, 18/11/2019

Rivania Brito
Coordenadora Same/Faturamento

DOM HELDER CÂMARA

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 523141 **Data e Hora do Atendimento:** 18/09/2019 12:33
Usuário do Atendimento: JOSEASF **Convênio:** SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: GIVANILDO SALES DA SILVA **Prontuário:** 15091
Nome da Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA **Nome do Pai:** IVANILDO SALES DA SILVA
Data do Nascimento: 30/12/1979 **Idade:** 39 anos **Sexo:** MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO **RG:** 56400163 SDSPE **Data Emissão:**
CPF: 07215981452 **Certidão de Nascimento:** **Data Emissão:**
Naturalidade: CABO **Escolaridade:**
Carteira Nacional SUS: 705000867151159 **Ocupação Habitual:** OUTROS
Endereço: ENGENHO SERRA CENTRO
Cidade: CABO PE **CEP:** 54510401 **Fone:**

DADOS DO ATENDIMENTO

gem: BOMBEIRO
dico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA **CRM:** 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
modação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA **Leito:** LEITO 04

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clinicos e cirurgicos (intervenção cirurgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstistico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 18/09/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:_____

SUMÁRIO DE ALTA

HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Aluizio de Barbosa
Assistente
SAME/Faturamento

ndições de Alta:_____
gnostico:_____
ocedimento:_____
Alta em:____/____/____ **Hora:**_____
Médico e C.R.M:_____
Responsável pela retirada do paciente - Nome:_____
Assinatura e R.G:_____

Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: 18/09/2019

Hospital Dom Helder Câmara
18/09/19

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Atendimento: 523083
Data e Hora: 18/09/2019 12:12

Senha da Classificação: 0027

Paciente: 15091 GIVANILDO SALES DA SILVA **Sexo:** MASCULINO
Data do Nascimento: 30/12/1979 **Idade:** 39 anos **Convenio:** 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe:: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA **Nome do Pai:** IVANILDO SALES DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO **Nome do Médico:** XISTO PESSOA DE LUNA NETO CRM: 16635
Endereço: ENGENHO SERRA -- LOT 80 **Bairro:** CENTRO
Cidade/UF: CABO PE **Usuário Atendimento:** LAISMSR
RG (Identidade): 56400163 SDSPE **Data de Emissão:**
CPF (Cadastro de Pessoa Fisica): 07215981452 **Fone:**
Cartão SUS: 705000867151159 **Data de Emissão CRN:**

[redacted]

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTA DOR EM TORNOZELO D. NEGA APRESENTAR OUTRA LESÕES.

Exame Fisico
EGB / EUPNEICO CONSCIENTE E ORIENTADO
ATEG: NN
ABDOME: FUNDO INDOLOR
TORNOZELO D: IMOBILIZADO

Hipótese Diagnostico
① FRATURA DE TORNOZELO D

Conduta Terapeutica
① SFD 9% 1000ml.
② ALTA DO ENFERMEIRO AO TRAUMATOLOGISTA.
SOLICITO: RX DE TORNOZELO D.

Prescrição Médica
Dipirona 100 - 8/8
SF - 100 → EV

ATENDIDO

Edson F. Tenório Albuquerque
Médico
CRM 10295
Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR
UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

ALTA DA UPA PARA VENDE

16:17 # entrepgmo. pcte vítima DG algum DG bitra

HD pouca Hes, lúcido orientado

Der mzD..

DeRX: Frat. FECHAmo DG MIJD.

CD: s/ RX serie trauma +

RXtoe D + pelvis D + pé D

Dr. Igor Abuatrat
Médico | CRM-PE 27777

18 SET. 2019

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

Data e hora retirada da senha: 18/09/2019 12:02

Nome Paciente:	GIVANILDO SALES DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	30/12/1979
Sexo:	Masculino
Idade:	39 anos
Senha:	0027
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 18/09/2019 12:08 - 18/09/2019 12:10

JULIANA BION OLIVEIRA - COREN: 445775 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	**EMERGENCIA - VERMELHO**
Cor:	[redacted] VERMELHO
Queixa Principal:	PACIENTE DEU ENTRADA PELA AREA VERMELHA COM BOMBEIROS, RELATO DE COLISAO CARRO X MOTO (EM USO DE CAPACETE) NA ZONA RURAL. REFERE DOR EM MID. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPENICO.
Observação:	HAS-/ DM-/ DESCONHECE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR INTENSA (8-10/10)
Especialidade:	CIRURGIA GERAL

Juliana Bion Oliveira
Coren-PE 445.775-ENF

PA = 130x80 mmHg
SpO2 = 98%
FC = 63 bpm

Juliana Bion Oliveira
Coren-PE 445.775-ENF

Acolhido(a) por: JULIANA BION OLIVEIRA - COREN: 445775 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2019 12:10