



Hospital Dr. Alberto de Oliveira

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro Atendimento Médico: 65.732 Data: 25/02/2018 Hora: 16:1
Unidade de Origem: Profissional ACS: :
Nome do Paciente: ALAN WEVERTON SILVA Genitor: MARIA SIMONE DA SILVA
Data Nascimento: 30/10/2005 Idade: Idade: 12 anos 03 meses 26 dias Sexo Feminino: Não Sexo Masculino: Sim Cor: M
Endereço: RUA 05 Nº: 150
Bairro: FREI DAMIÃO Ponto Referência: :
Nome do Acompanhante: MARIA SIMONE DA SILVA Tipo de Acompanhante: Mãe
Local de Ocorrência: HOSPITAL DR. ALBERTO DE OLIVEIRA
Tipo de Ocorrência: Acidente de Trânsito

Paciente Chegou: Ambulância

P.A.: SPO2: Pulso: F. Respiratória: HGT: Temperatura: 37.5°C Peso: 150kg

Queixa Principal: Paciente tipicamente com crises de ausência do tipo. História de convulsões (2) / 12 anos

Exame Físico: 12 anos

Hipótese Diagnóstica: 12 anos

Exames Solicitados: 12 anos

Tratamento Proposto: OK

Dr. Sylvan Soares
Médico
CRM - PE 21.720

Dr. SYLVAN SILVA SOARES

Destino do Paciente: Observação Clínica

OBS:

SEM DOCUMENTOS...

Recepcionista:

Tamires

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 937839

Nome: Alan Weverton Sili.

Foi atendido às _____ hs. do dia 25 / 02 / 18 DA 02/03/18

Diagnóstico Provável:

Poli-traumatizado

tra

fratura de fêmur

hemorragia pulmonar.

Tratamento Realizado: internado na UTI 25/02/18.

paciente de trauma e cirúrgico torácico

alta do neuro 26/02/18.

paciente internado do dia 25/02

a 27/02/18

Visto pela CIPG

Observação: dx VAT

colocar tala gessada.

paciente do trauma.

Cópia de: _____

Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho. Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 937839

Nome: Alan Weverton Sili.

Foi atendido às _____ hs. do dia 25, 02, 18 DA 02/03/18

Diagnóstico Provável:

Poli-traumatizado

TC

fratura de T5B

contusões pulmonares.

Tratamento Realizado: internado na UTI 25/02/18.

TC de crânio e cervical nome

alta do neuro 26/02/18.

TC de tórax e abdome 25/02

a 27/02/18

Visto pela CID

Observação: de VAT

colocar placa giratória.

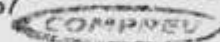
paciente do trauma.

Cópia de: _____

Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

16 JAN 2023

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 937839

Nome: Alan Weverton Siqueira

Foi atendido às _____ hs. do dia 23, 02, 18 DA 02/03/18

Diagnóstico Provável:

Poli-traumatizado

fratura

fratura de fêmur

lesões pulmonares

Tratamento Realizado: Internado na UTI 23/02/18.

fratura de crânio e cervical nível

alta do neuro 26/02/18.

fratura estabilizada do dia 25/02

a 27/02/18

Visto pela CIDC

Observação: fratura VAT

colocar tala gessada.

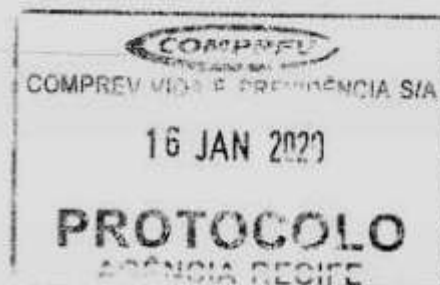
paciente do trauma.

Cópia de:

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Laudo Médico

Declaro que o paciente ALAN WEVERTON SILVA SIC

Registro: 1624131 Cartão SUS:

DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO NO DIA 25/02/2018, APÓS ATROPELAMENTO, EVOLUINDO COM TCE E FRATURA FECHADA DE ÚMERO DIREITO (SEM DANO NEUROVASCULAR EM MMSS).

CID: S42.3

REALIZADO IMOBILIZAÇÃO COM "PINÇA-DE-CONFEITEIRO". OBSERVADO PADRÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TRATAMENTO CONSERVADOR.

- 1- ALTA HOSPITALAR
- 2- RETORNO AO AMBULATORIO DE DR FELIPE MONTE EM 2 SEMANAS
- 3- AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 45 DIAS
- 4- PERMANECER COM IMOBILIZAÇÃO ATÉ CONSULTA DE RETORNO

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 25516

DATA: 09/03/2018

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

MÉDICO/CRM



Laudo Médico

Declaro que o paciente ALAN WEVERTON SILVA SIC

Registro: 1624131 Cartão SUS:

DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO NO DIA 25/02/2018, APÓS ATROPELAMENTO, EVOLUINDO COM TCE E FRATURA FECHADA DE UMERO DIREITO (SEM DANO NEUROVASCULAR EM MMSS).

CID: 542.3

REALIZADO IMOBILIZAÇÃO COM V "PINÇA-DE-CONFEITEIRO". OBSERVADO PADRÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TRATAMENTO CONSERVADOR.

- 1- ALTA HOSPITALAR
- 2- RETORNO AO AMBULATORIO DE DR FELIPE MONTE EM 2 SEMANAS
- 3- AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 45 DIAS
- 4- PERMANECER COM IMOBILIZAÇÃO ATÉ CONSULTA DE RETORNO

DATA: 07/03/2018

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

MÉDICO/CRM





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 70722061 DATA DE EXPIRAÇÃO 15.05.2002

NOME MARIA SIMONE DA SILVA

FILIAÇÃO João Candido da Silva

NACIONALIDADE Maria do Carmo da Silva

ENDEREÇO Bonito-PE R. 11774 P. 298V L. 4-43 Cart. 10

DATA DE NASCIMENTO 17.01.1986

CPF Bonito-PE

LEI N. 7.116 DE 29/06/2000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 08 R 20

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

CARTeira DE IDENTIDADE

Maria Simone da Silva

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoa Física

072.896.144-02

MARIA SIMONE DA SILVA

17/01/1986

COMPREV

COMPREV VIG. E PREVIDÊNCIA SIA

16 JAN 2023

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028128 **Cidade:** Bonito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN WEVERTON SILVA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE Umero DIREITO
TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO LEVE

Descrição do exame físico: VÍTIMA COM ARCO EIXO ANATOMICO DO BRAÇO PRESERVADO, COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO CONTRALATERAL

Resultados terapêuticos: VÍTIMA COM ARCO DE MOVIMENTO PRESERVADO , COM TROFISMO MUSCULAR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS DO REFERIDO ACIDENTE

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028128 **Cidade:** Bonito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN WEVERTON SILVA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS DIREITO
TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO LEVE

Descrição do exame físico: VÍTIMA COM ARCO EIXO ANATOMICO DO BRAÇO PRESERVADO, COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO CONTRALATERAL

Resultados terapêuticos: VÍTIMA COM ARCO DE MOVIMENTO PRESERVADO , COM TROFISMO MUSCULAR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS DO REFERIDO ACIDENTE

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028128 **Cidade:** Bonito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN WEVERTON SILVA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P.1,2,5(BAM) P.5(RELATÓRIO) SINISTRO OCORRIDO EM 25/02/2018. / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028128 **Cidade:** Bonito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN WEVERTON SILVA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,2,5(BAM) P.5(RELATÓRIO) SINISTRO OCORRIDO EM 25/02/2018. / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023948/20

Vítima: ALAN WEVERTON SILVA

CPF: 083.138.854-40

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALAN WEVERTON SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA SIMONE DA SILVA : 072.896.144-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ALAN WEVERTON SILVA : 083.138.854-40

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

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: MARIA SIMONE DA SILVA
CPF: 072.896.144-02

MARIA SIMONE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028128

Vítima: ALAN WEVERTON SILVA

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA SIMONE 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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028128

Vítima: ALAN WEVERTON SILVA

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA SIMONE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028128

Vítima: ALAN WEVERTON SILVA

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA SIMONE DA SILVA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

ou ASL:

3 - CPF da vítima:

083138854-40

4 - Nome completo da vítima:

Alan Weirton Silva

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

5 - Nome completo:

Alan Weirton Silva

6 - CPF:

083138854-40

7 - Profissão:

recusou-se a São Jorge

8 - Endereço:

recusou-se a São Jorge

9 - Número:

427 Casa

10 - Complemento:

427 Casa

11 - Bairro:

Bonito

12 - Cidade:

Bonito

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55680-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9668-4814

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:

Maria Simone da Silva

18 - CPF do Representante Legal:

012896344-02

19 - Profissão do Representante Legal:

recusou-se

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

6989

2

CONTA:

3561

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Bonito, 30/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

ou ASL:

3 - CPF da vítima:

083138854-40

4 - Nome completo da vítima:

Alan Weirton Silva

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

5 - Nome completo:

Alan Weirton Silva

6 - CPF:

083138854-40

7 - Profissão:

revisor - se

8 - Endereço:

rua de São Jorge

9 - Número:

427

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Bonito

12 - Cidade:

Bonito

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55680-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9668-4814

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:

Maria Simone da Silva

18 - CPF do Representante Legal:

012896344-02

19 - Profissão do Representante Legal:

Revisor - se

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

6989

CONTA:

3561

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Bonito, 30/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200028128
Nome do(a) Examinado(a): Alan Weverton Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Jorge, 427 Loto Frei Damiao
Centro Bonito PE CEP: 55680-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 08313885440
Data local do acidente: [25/02/2018]
Data local do exame: [27/01/2020] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE UMEROS DIREITO
TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO LEVE**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA COM IMOBILIZAÇÃO E SUPORTE CLÍNICO
TCE- TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUPORTE CLÍNICO
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE
Data da Alta: 10/12/2019**

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

VÍTIMA COM ARCO EIXO ANATOMICO DO BRAÇO PRESERVADO, COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO CONTRALATERAL

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☐ () Sim ☒ (X) Não

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

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☒ (X) "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Vítima sem sequelas anatomicas ou funcionais do referido acidente

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Jackson José Florêncio Junior
Cirurgião / Traumatologista
CRM - PE 18.573
TEOT 13921



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 092ª CIRCUNSCRIÇÃO - BONITO -
DP92ªCIRÇ DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0182001192**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/10/2019** às
14:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **25/2/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BONITO, 1, BAIRRO FREI
DAMIÃO - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA SIMONE DA SILVA (NOTICIANTE)
ALAN WÉVERTON SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**MARIA SIMONE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO
CARMO DA SILVA Pai: JOÃO CANDIDO DA SILVA Data de Nascimento: 17/1/1956
Naturalidade: BONITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7072061/SDS/PE (RG) Estado
Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones
Celulares:
- 81992592737**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BONITO, 427, RUA 06, FREI DAMIÃO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ALAN WÉVERTON SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
SIMONE DA SILVA Pai: JOSÉ AGNALDO DA SILVA Data de Nascimento: 30/10/2005
Naturalidade: BONITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 08213885440 (CPF) Estado
Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BONITO, 427, RUA 06, FREI DAMIÃO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL****

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

PRESENTE A ESTA DELEGACIA SE ENCONTRA A SENHORA MARIA SIMONE DA SILVA, MÃE E RESPONSÁVEL LEGAL DE ALAN WEVERTON SILVA, QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 26 DE FEVEREIRO DE 2018, NESTE MUNICÍPIO, NO BAIRRO FREI DAMIÃO, OPORTUNIDADE EM QUE FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA (NÃO VIU MODELO OU COR) PILOTADA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA, COMO ATESTAM OS DOCUMENTOS TRAZIDOS POR SUA MÃE (DECLARAÇÃO DO SAMU E FICHA DE ATENDIMENTO E LAUDO MÉDICO).

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

**MARIA SIMONE DA SILVA
(NOTICIANTE)**

Maria Simone da Silva

B.O. registrado por: **ANGELLO RONCALLI MAGALHAES QUARESMA FILHO -**
Matrícula: **3875257**

[Assinatura]



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

ou ASL:

3 - CPF da vítima:

083138854-40

4 - Nome completo da vítima:

Alan Weirton Silva

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

5 - Nome completo:

Alan Weirton Silva

6 - CPF:

083138854-40

7 - Profissão:

recusou-se a São Jorge

8 - Endereço:

recusou-se a São Jorge

9 - Número:

427 Casa

10 - Complemento:

427 Casa

11 - Bairro:

Bonito

12 - Cidade:

Bonito

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55680-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9668-4814

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:

Maria Simone da Silva

18 - CPF do Representante Legal:

012896344-02

19 - Profissão do Representante Legal:

Recusou-se

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

6989

2

CONTA:

3561

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Bonito, 30/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: BONITO

1º DISTRITO DE: BONITO - (SEDE)

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nº 27.939

Eu, Bel. Lamartine Cavalcanti Alves oficial do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 139 v do livro "A" 57 do registro de
nascimento, foi feito o assento de ALAN WÉVERTON SILVA : : : :
nascido no dia trinta (30) : : : : de outubro (10) : : :
de dois mil e cinco (2.005) : : : :
às 08h50 : : : : horas, no hospital Dr. Alberto d'Oliveira,

nesta Cidade : : : do sexo masculino

filho de JOSÉ AGNALDO DA SILVA : : : :

e de MARIA SIMONE DA SILVA : : : :

sendo avós paternos // : : : : **ABQ 11703**

e Terezinha Maria Francisca da Conceição : : : :

e maternos João Cândido da Silva : : : :

e Maria do Carmo da Silva : : : :

Foi declarante o genitor

e serviram de testemunhas dispensadas - Lei 9.997/2.000

e

OBSERVAÇÕES: foi apresentada a DNV nº 23206490

Registrado em 31 de outubro de 2.005

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

1º DISTRITO - SEDE

BONITO - PE

Bel. LAMARTINE CAVALCANTI ALVES
Oficial

Rua Esdras Emiliano de Souza, 175 - Centro
CEP 55680-000 - Fone. (81) 3737-1554

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Assinatura do Oficial

Assinatura do Oficial

Bonito (PE)

31

de

outubro

de 20 05

FEITO NO CARTÓRIO
AGNALDO CAVALCANTI
Rua Siquiera Campos, 88
Recife - PE

Oficial

PROTOCOLO

16 JAN 2020

COMPREENSÃO E PREVIDÊNCIA S/A



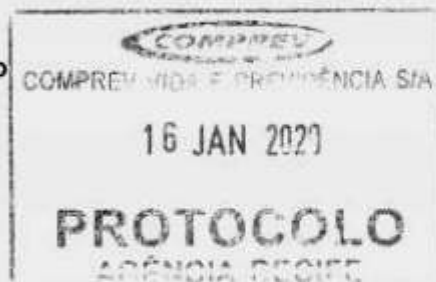
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra Maria Simone da Silva Nº DO CPF: 072.896.144-02 e RG Nº 7.072.061 SDS, Mãe e responsável de Alan Wéverton Silva Nº de Registro: 27.939 que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao MESMO com ID: 0308, no dia 25 de fevereiro de 2018, às 16H e 29 min, no endereço: **Bairro Frei Damião / próximo ao Hotel Brisa / Bonito** com queixa de **queda de moto**, tendo sido enviada USB, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a para o Hospital Dr. Alberto D'Oliveira.

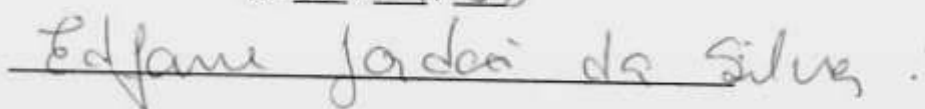
De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: **Avaliação, imobilização e remoção.**

Bonito, 19 de Abril de 2018.


Camila Oliveira
ENFERMEIRA
Coordenadora SAMU
COBEN 399426
Camila Oliveira
Enfermeira Coordenadora Base Bonito



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE Bonito
em 20/04/18





SUS

PREFEITURA DE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO



Médico Regulador

TARM

Operador de frota

Data

Hora

ID

Nº ocorrência

Unidade móvel

Base da unidade

Endereço da ocorrência

Nº

Bairro

Município

Ponto de referência

Nome da vítima

Idade

Sexo

Solicitante / Fone

Cartão de saúde - SUS

Queixa

Comunicação

Saída da base

Chegada no local

Saída do local

Chegada no destino

Saída do destino

Chegada na base

☐ Transferência (senha):

Tipo de Agravamento:

☐ Acidente Trânsito:☐ Pedestre☐ Condutor do veículo☐ Passageiro do veículo☐ Agressão☐ Clínico☐ Desabamento/Soterramento☐ Eletrocussão☐ FAF☐ FAF☐ Gineco-obstétrico☐ Lesões térmicas☐ Pediátrico☐ Psiquiátrico☐ Quase Alogamento☐ Queda _____ Metro☐ Queimadura☐ Térmica☐ Química☐ Elétrica☐ Outros:

Antecedente:

☐ AIDS☐ Alcoolismo☐ Alergia☐ AVC☐ Cirurgias Realizadas☐ Convulsões☐ Diabetes☐ Doença Cardíaca☐ Doença infecto contagiosa☐ Doença Mental☐ Doença Renal☐ Drogadição☐ Hipertensão Arterial☐ Internamentos anteriores☐ Medicamento:☐ Problemas Respiratórios☐ Outros:

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

☐ Agitação/agressividade☐ Alergia☐ Ausência de pulso☐ Cianose☐ Convulsão☐ Diarréia☐ Dificuldade Respiratória☐ Dor Local☐ Febre☐ Inconsciente/Desmaio☐ Palidez☐ Sangramento☐ Vômito☐ Outros:Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início	120x70	60	18	36		98%	
Fim							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

☒ Livre☐ Obstrução Parcial☐ Total☐ Corpo Estranho☐ Bronco Aspiração☐ Edema de Glote☐ OBSAchados: ☐ Crepitação☐ Enfisema Subcutâneo☐ Expectoração mucosa/purulenta☐ Hemoptise☐ Hálito Etilico

Expansibilidade:

☐ Normal☐ Superficial☐ Regular☐ Irregular

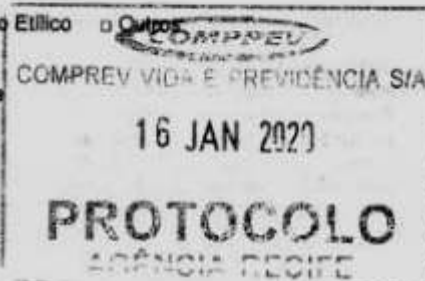
Respiração/Ventilação:

☒ Espontânea☐ Parada Respiratória☐ Assistida☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

☒ Normal☐ Roncos/sibilos☐ Estertores☐ Diminuição MV☐ Ausência MV

CIRCULAÇÃO

Pele: ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ OutrosEdema: ☐ Ausente☐ Palpebral☐ M Inferiores☐ AnasarcaPerfusão: ☒ Normal☐ Retardada☐ AusentePulso: ☐ Regular☐ Irregular☐ Fino☐ Cheio☐ AusenteAusculta: ☒ Normal☐ Hipofonese☐ Atrito pericárdio☐ Arritmia☐ SoproECG: ☒ Normal☐ Alterado☐ Não realizado



SUS

PREFEITURA DE _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO



192

Médico Regulador

TARM

Operador de frota

Data

Hora

ID

Nº ocorrência

Unidade móvel

Base da unidade

25/02/18

16:29

0308

2

USB

Bonito

Endereço da ocorrência

Nº

Bairro

Município

Fru Domios

Bonito

Ponto de referência

ao lado do Priso Matel

Nome da vítima

Adon Wierinton Silva

Idade

Sexo

12

M F

Solicitante / Fone

Cartão de saúde - SUS

Familia

Queixa

Queda de Morte

Comunicação

Saída

Chegada

Saída

Chegada

Saída

Chegada

16:29

da base 16:30

no local 16:33

do local 16:45

no destino 16:47

do destino 16:50

na base 16:58

☐ Transferência (senha): _____

Tipo de Agravio:

☐ Acidente Trânsito: _____☐ Pedestre☐ Condutor do veículo☐ Passageiro do veículo☐ Agressão☐ Clínico☐ Desabamento/Soterramento☐ Eletrocussão☐ FAB☐ FAF☐ Gineco-obstétrico☐ Lesões térmicas☐ Pediátrico☐ Psiquiátrico☐ Quase Afogamento☐ Queda _____ Metro☐ Queimadura☐ Térmica☐ Química☐ Elétrica☐ Outros: _____

Antecedente:

☐ AIDS☐ Alcoolismo☐ Alergia☐ AVC☐ Cirurgias Realizadas☐ Convulsões☐ Diabetes☐ Doença Cardíaca☐ Doença infecto contagiosa☐ Doença Mental☐ Doença Renal☐ Drogadição☐ Hipertensão Arterial☐ Internamentos anteriores☐ Medicamento: _____☐ Problemas Respiratórios☐ Outros: _____

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

☐ Agitação/agressividade☐ Alergia☐ Ausência de pulso☐ Cianose☐ Convulsão☐ Diarreia☐ Dificuldade Respiratória☒ Dor Local☐ Febre☐ Inconsciente/Desmaio☐ Palidez☐ Sangramento☐ Vômito☐ Outros: _____Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início	120x70	60	18	36		98%	
Fim							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

☒ Livre☐ Obstrução Parcial☐ Total☐ Corpo Estranho☐ Bronco Aspiração☐ Edema de Glote☐ OBS

Respiração/Ventilação:

☒ Espontânea☐ Parada Respiratória☐ Assistida☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

☒ Normal☐ Roncos/sibilos☐ Estertores☐ Diminuição MV☐ Ausência MV

Expansibilidade:

☒ Normal☐ Superficial☐ Regular☐ IrregularAchados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Fétido ☐ Outros: _____

CIRCULAÇÃO

Pele: ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ OutrosEdema: ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M Inferiores ☐ AnasarcaPerfusão: ☐ Normal ☐ Retardada ☐ AusentePulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ AusenteAusculta: ☒ Normal ☐ Hipofonese ☐ Abrito pericárdio ☐ Arritmia ☐ SoproECG: ☒ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizadoCOMPROMISSO
COMPROMISSO

16 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50940-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019103364917

Escritório: BONITO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

NOME DO CLIENTE
MARIA SIMONE DA SILVA

R. SÃO JORGE, N. 00427 - LOT. FREI DAMIAO - CENTRO BONITO PE 55680-000

INSCRIÇÃO: 023.810.355.0000.236

GRUPO: 7

OPÇÃO DER. AUTOMÁTICO: 00336491.7

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES	INDUSTRIAL	PÚBLICO
LIGADO	POTENCIAL		COMERCIAL		
ALIFI26015	DATA LEIT. ANTERIOR 30/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/10/2019			TIPO DE CONSUMIDOR MÉDIA MD /
ÁGUA					
LEIT. ANT.: 806	CONSUMO: 7	ESGOTO			
LEIT. ATUAL: 816	TAXA MINIMA	LEIT. ANT.: 0			
LEIT. FAT.: 816	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. ATUAL:			VOLUME: 0
		LEIT. FAT.:			

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO		
09/2019	7/	A
08/2019	7/	A
07/2019	7/	A
06/2019	6/	A
05/2019	6/	A
04/2019	10/	A
MÉDIA	7/ 0	A

PARÂMETROS

	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	NÚMEROS DE AMOSTRAS ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	43	46	45
COR APARENTE	43	46	45
CLORO RESIDUAL	43	46	45
COLIFORMES TOTAIS	43	46	45
E.Coli	43	46	45

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

7 M3

44,08



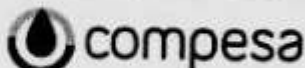
	BASE DE CÁLCULO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNITÁRIO
PIS	44,08		0,73
COFINS	44,08		3,35

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

Entido por: INTERNET

Entido em: 07/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

00336491.7

10/2019-7

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82830000000-7 44080018023-7 00336491701-0 10201970003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50940-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019103364917

Escritório: BONITO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

NOME DO CLIENTE
MARIA SIMONE DA SILVA

R. SÃO JORGE, N. 00427 - LOT. FREI DAMIAO - CENTRO BONITO PE 55680-000

INSCRIÇÃO: 023.810.355.0000.236

GRUPO: 7

OPÇÃO DER. AUTOMÁTICO: 00336491.7

00336491.7

10/2019-7

SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		QUANTIDADE DE CONSUMIDORES	
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
111124015	30/09/2019	30/10/2019	TÍPO DE CONSUMIDOR		
ÁGUA		ESGOTO		VOLUME: 0	
LEIT. ANT.: 806	CONSUMO: 7	LEIT. ANT.:			
LEIT. ATUAL: 816	TAXA MINIMA	LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 816	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.:			

HISTÓRICO DE CONSUMO		PARÂMETROS		NÚMEROS DE AMOSTRAS	
REFERÊNCIA/CONSUMO			EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
09/2019 7/	A	TURBIDEZ	43	46	45
08/2019 7/	A	COR APARENTE	43	46	45
07/2019 7/	A	CLORO RESIDUAL	43	46	45
06/2019 6/	A	COLIFORMES TOTAIS	43	46	46
05/2019 6/	A	E.Coli	43	46	46
04/2019 10/	A	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			
MÉDIA 7/ 0	A				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

7 M3

44,08



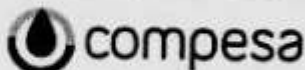
PIS	44,08	1,85	0,73
COFINS	44,08	7,40	3,35

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

Emitted por: INTERNET

Emitted em: 07/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

00336491.7

10/2019-7

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82830000000-7 44080018023-7 00336491701-0 10201970003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA