



SERTANIA
GOVERNO MUNICIPAL
Com confiança, para todos

PREFEITURA MUNICIPAL
Secretaria Municipal
HOSPITAL MARIA ALICE G.

Documentação médico - hospitalar



LAUDO PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

US: HOSPITAL MARIA ALICE G. LAFAYETTE		Reg. VI DIREX	
PACIENTE: <i>Sebastião Barbosa da Silva</i>			
QUADRO CLÍNICO Paciente, 29 anos, vítima de queda de motocicleta há 1h30min com RX (MSD) evidenciando fratura de clavícula. Ausência de TCE, traumas torácicos ou abdominal.			
DIAGNÓSTICO ① Fratura clavícula direita SENHA 5564408			
DESTINO HERB	MUNICÍPIO Anápolis	H SAÍDA	H CHEGADA
MOTIVO (Destino Detalhado) <i>A traumatologia</i>			
Assinatura do Responsável <i>Dr.º Gabriela Couto</i> Médico CRM-PE 26.994		N.º CRM 26 994	DATA 25/11/18
DESTINO	MUNICÍPIO	H SAÍDA	H CHEGADA
MOTIVO (Destino Detalhado)			
Assinatura do Responsável		N.º CRM	DATA
DESTINO	MUNICÍPIO	H SAÍDA	H CHEGADA
Assinatura do Responsável		N.º CRM	DATA
UNIDADE PRESTADORA DO SERVIÇO			MUNICÍPIO
ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO			
Assinatura do Responsável		N.º CRM	DATA

[illegible]

GOVERNO DE
Pernambuco

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
Hospital Regional Rui de Barros Correia
Av. Agamenon Magalhães, 51 - Centro-email:
regional.arcoverde@saude.pe.gov.br
CNPJ: 10572.048-0038/10
Arcoverde-Pernambuco

RECEITUÁRIO

Nome: Si BARTOLOMEU BARBOSA

- Proflorin 100g — 01/17
Term 12-12/17

- Paracetamol 250g — 01/17
Term 12-12/17

26/11/18

Médico C.R.M. nº
12873

Dr. Van Vile
CRM 12873

"O primeiro cigarro é um passo para o vício"



Declaro para devidos fins que
Sebastião Barbosa da Silva
realizou 15 sessões de fisioterapia.

Mariza Galindo de Araújo -
Fisioterapeuta
CREFITO: 194304-F
25102119

Fones: (87) 3841.1535 / 9136.3047 / 8823.7428
E-mail: mariza_araujo18@hotmail.com



SERTÂNIA
GOVERNO MUNICIPAL
San efielango, nollo trallallo

Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que

necessita de 27 dias de afastamento de suas atividades a partir
de 25/11/18.

Sertânia, 27 11 18


MÉDICO



SERTANIA
GOVERNO MUNICIPAL
Com confiança, neste trabalho

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Declaro, para os devidos fins, que Sebastião Barbosa da Silva esteve em acompanhamento fisioterápico para reabilitação funcional pós-fratura de clavícula D.

O mesmo refere dor discreta sob sobrecarga de peso para o movimento/flexão anterior - MSD. Amplitude articular de ombro normal.

Permanece com uso de crioterapia domiciliar 3x/dia. (20').

Lucene Adelino

Lucene B. Adelino de Lima

Fisioterapeuta PROFISSIONAL DA SAÚDE

CREFITO 29820

DATA: 25/02/19.



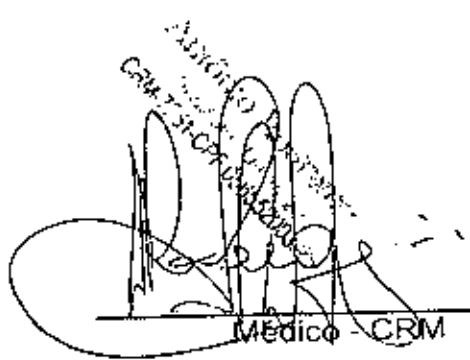
HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nome: Helaine Barbosa da Silva

HD - Efeito Radio freter ciliada
D.

Solicitado:
fisioterapia
20 sessões

Data: 23 / 04 / 19


Médico - CRM



SERTÂNIA
GOVERNO MUNICIPAL
Seu compromisso. Nosso destino.

Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que Sebastião Barbosa da
Silva " " " " " "
necessita de 14 dias de afastamento de suas atividades a partir
de 02 / 12 / 18.

Sertânia, 02 / 12 / 18.


Dr. Gabriela Couto
Médica
CRM-PE 26.994

MÉDICO



Hospital São Vicente

Rua Inocência Gomes de Andrade, 603
Centro - Fone: (67) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome:

Sebastião Carlos da Silva

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

☐ Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;

☐ Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às ____ hs;

☒ Precisa de 80 dia(s) 10 dias de
ajustamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;

☐ Esteve internado neste Hospital no período de ____/____/____ à
____/____/____ e necessita de mais ____ dia (s),
(____) para sua reabilitação;

☐ Acompanhou o Paciente: _____
no período de ____/____/____ à ____/____/____ neste Hospital;

CID-10 S420 OP em 06/12/18

Serra Talhada-PE, 07 de 12/2018

Atenciosamente;
Dr. Antônio [Assinatura]
Otorrinolaringologista - CRM 100.000.000
Médico/CRM

7387



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Sebastião Barbosa da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 6 5 6 2 1 4 0 4 1 2 5 9 0 0 1 8 1

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/01/1989

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria da Conceição Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Imaculada Conceição

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Talhada

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE 56160000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doença hipertensiva H97, de
nível pressórico de 180/110 mmHg, com
alterações de fundo de olho e
alterações de função renal

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico D AP

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Atendimento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0100001010150

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

261210505418 - 0

32

02

05420, 0712158

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CPF: 163.272.21-15 CRM: 6603
Médico Autorizador
Xilene

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

HOSPITAL REGIONAL RUI DE BARROS CORREIA - ARCOVERDE

DATA DA SOLICITAÇÃO:

04/12/18 13:06

MÉDICO SOLICITANTE:

JOSE IVAN VIDAL DE LIMA FILHO

Nº SOLICITAÇÃO

515235

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:

SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

19/01/1989

SEXO:

MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

AVENIDA IMACULADA CONCEIÇÃO, CENTRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

SERTÂNIA

COD. MGE MUNICÍPIO:

2614105,00

UF:

CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:

AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:

05/12/18 09:10

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO SOLICITANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:

MARIA DO CARMO DE ANDRADE CAMPOS

TIPO LEITO:

CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:

CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

04/12/18 13:35

MÉDICO AUTORIZADOR:



המחברת מודה לפרופ' ד"ר אביגיל גורן על עזרתה במחקר.

Hospital São Vicente

Data Atend: 05/12/2018		Atendimento: 0005647		Quarto/leito: 202 / 4	
Paciente: 00047210 - SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA					
Data Nasc: 19/01/1989		Idade: 29 Anos		Sexo: Masculino	
Estado Civil: Solteiro		Profissão: AJUDANTE		Naturalidade: IGUARACI	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Pai: JUSTO BARBOSA		Nome Mãe: MARIA DA CONCEICAO SILVA	
Endereço: RUA IMACULADA CONCEICAO, 96		- CENTRO		- SERRA TALHADA - PE	
Telefones: () / (87) 9130.2204 / (87) 9140.0813					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Suicídio ()		Casual ()		Outros ()	
ALÉRGICO					
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:					
<i>Doença Periférica M.S.?</i> <i>deferenciada pela presença de</i> <i>doença, dos membros inferiores</i> <i>frecuente M.S.?</i>					
Diagnóstico Inicial:					
<i>Test. CLAVICULAR</i>					
SADT:					
Diagnóstico Final:					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada ()		Descrição Médica ()			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferência ()			
Óbito + 48h ()		Evasão ()			
Óbito - 48h ()		Indisciplina ()			
Obito em ____ / ____ / ____					
Hora: ____					
Data do Internamento: 5, 12, 1988					
Data da Alta: 07, 12, 1988					
Local: _____					
<i>Pedro Aurélio Amador de Oliveira</i> <i>Tramontina - RJ</i> <i>CRM 10.555 - RJ</i> <i>Med. Responsável</i>					



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 05/12/2018	Atendimento: 0005647	Quarto/leito: 202 / 4
Paciente: 00047210 - SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA		ALÉRGICO
Cirurgia Realizado: OSTEOSSINTESIS CERVICAL ⑩		N. do Procedimento: 408050/50
Data:	Início:	Término
Cirurgião: PEDRO A.		
1º Auxiliar: ANDRÉ R		
2º Auxiliar:		
Anestesista:		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:		
① RETOR OM CERVICAL DE ROTA ② ABORTO / ANTERTERIA ③ ABORTO CERVICAL EXTREMO ④ ANESTESIA SUPRACUTANEA ⑩ ⑤ REDUÇÃO CERVICAL ⑥ FIXAÇÃO U F20 K ⑦ FUTURA + CURTADO		
		Pedro Auxílio Amador de Carvalho CRM: 408050/50
Assinatura do Cirurgião		



SERTÂNIA
GOVERNO MUNICIPAL
"Da amizade, entre todos"

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERTÂNIA
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MARIA ALICE GOMES LAFAYETTE

LAUDO PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

U S: HOSPITAL MARIA ALICE G. LAFAYETTE		Reg. VI DIREX	
PACIENTE: <i>Sebastião Barbosa da Silva</i>			
QUADRO CLÍNICO <i>Paciente, 29 anos, vítima de queda de motocicleta há 1h30min com RX (MSD) evidenciando fratura de clavícula. Ausência de TCE, traumas torácico ou abdominal</i>			
DIAGNÓSTICO <i>① Fratura clavícula direita</i> SENHA 5564408			
DESTINO <i>HRRB</i>	MUNICÍPIO <i>Ancoverde</i>	H SAÍDA	H CHEGADA
MOTIVO (Destino Detalhado) <i>À traumatologia</i>			
Assinatura do Responsável <i>Dr. Gabriela Couto</i> <i>Médico</i> <i>CRM-PE 25.994</i>		Nº CRM <i>26 994</i>	DATA <i>25/11/18</i>
DESTINO	MUNICÍPIO	H SAÍDA	H CHEGADA
MOTIVO (Destino Detalhado)			
Assinatura do Responsável		Nº CRM	DATA
DESTINO	MUNICÍPIO	H SAÍDA	H CHEGADA
Assinatura do Responsável		Nº CRM <i>1</i>	DATA
UNIDADE PRESTADORA DO SERVIÇO <i>3</i>			MUNICÍPIO
ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO			



SERTÂNIA
GOVERNO MUNICIPAL
Sua confiança, nosso trabalho

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERTÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MARIA ALICE GOMES LAFAYETTE

HGT 143

Nat. 11/11/88

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

DATA: 25/11/18

HORA DA ENTRADA: 20:11 HORA DA SAÍDA: _____

SINAIS VITAIS
P.A.: 110x80
PULSO: _____
TEMP.: _____
PESO: _____

Cod. do Procedimento	Ficha nº
	<u>60</u>

PACIENTE: JEBOSTIÃO BARBOSA DA SILVA
DN: 19.08.89

ENDEREÇO: Av. Imaculada Conceição 96
MUNICÍPIO: Sertânia DOC. IDENTIDADE: _____
PROFISSÃO: agente FONE: —
ESCOLARIDADE: 1º ano
CARTÃO DO SUS: —
NOME DA MÃE: Mª DA CONCEIÇÃO SILVA
ACOMPANHADO POR: JOÃO PAULO

ENCAMINHADO PARA

☐ OBSERVAÇÃO
☐ ATEND. URGÊNCIA
☐ INTERNAMENTO
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ PARECER ESPECIALISTA
☐ EXAMES

MEDICAÇÃO

☐ PRESCRITA
☐ APLICADA

ATENDIMENTO EM:

☐ GINECOLOGIA
☐ OBSTÉTRICA
☐ CIRURGIA GERAL
☐ CONSULTA
☐ CLÍNICA MÉDICA
☐ PEDRIATRIA
☐ CARDIOLOGIA
☐ ANESTESIOLOGIA
☐ RAIO X
☐ ULTRASSONOGRAFIA
☐ ORTOPEDIA E TRAUMA

Recepção
CAMPO DO MÉDICO: Paciente vítima de queda de moto há
130 minutos. Com queixas de dor em MSD.
Paciente utilizado

EXAMES FÍSICOS: EGB, consciente, orientado, eupneico, com desconfortos
ECR em 21
Por à movimentação passiva de MSD.

HIPÓTESE DIGNÓSTICA:

1 Trauma 4
3 _____ 5

EXAMES SOLICITADOS

RESULTADOS DE EXAMES

Dr. Gabriela Loui
Médica
CRM-PE 26.997

notif

H: 23:38



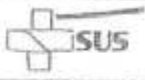
Hospital do
Ticenterário

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Nome: <u>Silvestre Barbosa da Silva</u>		Ficha nº: <u>31</u>	
Sexo: <u>M</u>		Data: <u>25/11/18</u>	
Idade: <u>29</u>		Hora: <u></u>	
Data de nascimento: <u>19/01/89</u>		Estado Civil: <u>União Estável</u>	
Profissão: <u>Assistente de Limpeza</u>		CPF: <u>109 585 114 46</u>	
Endereço: <u>Rua Imaculada Conceição</u>		RG: <u></u>	
Bairro: <u>Alto do Carmo</u>		CEP: <u>56600-000</u>	
Município: <u>Berimbau</u>		Nº: <u>96</u>	
Naturalidade: <u>Joazeiro</u>		CNS: <u>165 6240 9259 1018</u>	
Escolaridade: Analfabeto: () 1º Grau: () 2º Grau: () Superior: ()			
Filiação: <u>João Barbosa</u>		Tel.: <u>91302204</u>	
Mãe: <u>Maria da Conceição Silva</u>			
Acompanhante: <u>Mãe</u>		Resp. pelo preenchimento: <u>Joselaura Justino da Silva</u>	
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHAMENTO	
Bombeiro () SAMU ()		Hospital ()	
Ambulância () Auto ()		UPA () PSF ()	
Moto () Outros: <u></u>		Outros ()	
PA: <u>120/70</u>	HGT: <u></u>	TEMP: <u></u>	FC: <u></u>
FR: <u></u>	Peso: <u></u>	Alérgico: <u>Amiloidose</u>	SATO2: <u></u>
Antecedentes Pessoais/Familiares: <u>União</u>			
Uso de Medicamentos: <u></u>			
Situação/Queixa Principal: <u>Último de quadro de melhora</u>			
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO
() Febre	() Dificuldade de Respirar	() Clínico Geral	() Vermelho
() Vômitos	() Confusão Mental	() Cirurgião	(x) Amarelo
() Fraqueza	() Distúrbios Visuais	(x) Ortopedista	() Verde
() Fadiga	() Taquicardia	() Pediatra	() Azul
() Cefaléia	() Paraestesia e/ou paralisia	() Serviço Social	
() Tontura	() Tosse	() Outros: <u></u>	Assinatura do Enfermeiro: <u></u>
() Convulsão	() Dor local		
() Desmaio	() Queixa urinária		
() Sangramento	() Outras Queixas: <u>Dr. Umberto D. e sequelas</u>		
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA			
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA): <u>Transtorno de ansiedade e insônia em ambos</u>			
2 - Hipótese Diagnóstica: <u></u>			
3 - Exames Solicitados: <u></u>			

Assinatura e Identificação do Médico

Dr. Diego Araújo de Castro
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 23629

US 110 210000



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 | 3 | 5 | 1 | 6 | 3 | 3

4 - CNES

2 | 3 | 5 | 1 | 6 | 3 | 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Sebastião Barbosa da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

116156124104125191010181

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/01/1989

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

Maria da Conceição Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Imaculada Conceição

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Talhada

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE 56160-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Posição fisiológica alterada, midriase bilateral, pupilas desiguais, dor e hemiparesia direita (extremidade superior e inferior).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico D AP

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Atendimento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01080101150

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS ☐ CPF

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CPF: 153.272.215-15 CRM: 8003
Médico Autorizador

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

261210505418-0

12
02

15/12/2011



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL RUI DE BARROS CORREIA - ARCOVERDE

MÉDICO SOLICITANTE:
JOSE IVAN VIDAL DE LIMA FILHO

DATA DA SOLICITAÇÃO:
04/12/18 13:06

Nº SOLICITAÇÃO:
515235

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:
19/01/1989

SEXO:
MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
AVENIDA IMACULADA CONCEIÇÃO, CENTRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
SERTÂNIA

COD. IGES MUNICÍPIO:
2614105,00

UF:

CNP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:
05/12/18 09:10

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Região

NOME DO REGULADOR:
MARIA DO CARMO DE ANDRADE CAMPOS

TIPO LEITO:
CIRURGICO

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
04/12/18 13:35

MÉDICO AUTORIZADOR:



Hospital São Vicente

Data Atend: 05/12/2018		Atendimeto: 0005647		Quarto/leito: 202 / 4	
Paciente: 00047210 - SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA					
Data Nasc: 19/01/1989		Idade: 29 Anos		Sexo: Masculino	
Estado Civil: Solteiro		Profissão: AJUDANTE		Naturalidade: IGUARACI	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Pai: JUSTO BARBOSA		Nome Mãe: MARIA DA CONCEICAO SILVA	
Endereço: RUA IMACULADA CONCEICAO, 96		- CENTRO		- SERRA TALHADA - PE	
Telefones: () . / (87) 9130.2204 / (87) 9140.0813					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Transito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Agressão ()		Suicídio ()		Casual ()	
Outros ()		ALERGICO			
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: () .	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Doença pregressa H.S.D</i> <i>depressão, melancolia, ansiedade, fobias, dor, hipertensão</i> <i>arterial H.S.D</i>					
Diagnostico Inicial: <i>Test: CLAVICULA(D)</i>					
SADT:					
Diagnostico Final:					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada ()		Descição Medica ()			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferencia ()			
Obito + 48h ()		Evasão ()			
Obito - 48h ()		Indisciplina ()			
Obito em ____/____/____					
Hora: _____					
		Data do Internamento: <i>5, 12, 18</i>			
		Data da Alta: <i>04, 12, 18</i>			
		Local: _____			
		<i>Pedro Aureliano Amorim de Oliveira</i> <i>Traumatologista</i> <i>CRM 10530 - RJ</i> <i>Medico Responsavel</i> <i>18176</i>			



Herzog, S. A. 1999. *Phylogeny of the Vaginaceae*. *Phylogenetic Relationships in the Vaginaceae*, ed. S. A. Herzog, pp. 1-10. *Phylogenetic Relationships in the Vaginaceae*, ed. S. A. Herzog, pp. 1-10. *Phylogenetic Relationships in the Vaginaceae*, ed. S. A. Herzog, pp. 1-10.

Hospital São Vicente

Data Atendi: 05/12/2018	Atendimento: 0005647	Quarto/leito: 202 / 4
Paciente: 00047210 - SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA		ALÉRGICO
Cirurgia Realizado: OSTEOSTOMIA CERVICAL (D)		N. do Procedimento: 0408050150
Data:	Início:	Término:
Cirurgião: PEDRO A.		
1º Auxiliar: ANTONIO R		
2º Auxiliar:		
Anestesista:		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:		
1. ABORTO DE ANTERIOR 2. ABORTO DE ANTERIOR 3. ANGIOSI SUBCUTANEO (D) 4. REDUÇÃO DE CERVICAL 5. FRAÇÃO C FOD K 6. FUTURA + CURATIVA		
Pedro Ameliano Amaral de Carvalho CPF: 000.000.000-00		
Assinatura do Cirurgião		



SERTANIA
GOVERNO MUNICIPAL
Seu compromisso, nosso resultado

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Para
Sobrinho Bruno
de Almeida Silva

1 USO EXT

COLLAGONA 50

— al 4
— 1 San 2 vezes
no dia
antes de

28/01/19.

Dr. Josele A. B. Amoral
CREMEP - 6880

DATA: / /

PROFISSIONAL DA SAÚDE



Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Fone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome:

Sebastião Gonçalves da Silva

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

☐ Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;

☐ Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às ____ hs;

☒ Necessita de 90 dia(s) (Doze) de
abastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;

☐ Esteve internado neste Hospital no período de ____/____/____ à
____/____/____, e necessita de mais ____ dia (s),
(____) para sua reabilitação;

☐ Acompanhou o Paciente: _____
no período de ____/____/____ à ____/____/____, neste Hospital;

CID-10

420

OP. em 06/12/18

Serra Talhada-PE,

07 de 12 de 2018

Atenciosamente;

Dr. Antônio [Assinatura]
Ortopedista - Traumatologista
CRM 7851 - Col. 900 502 0000

7387

	ENCAMINHAMENTO PARA O INSS	Estabelecimento: CONSORCIO FG RAMAL DO AGRESTE
		Data: <u>11</u> / <u>12</u> / <u>2018</u>

NOME: SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

FUNÇÃO: AJUDANTE

MATRICULA: 221542

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o colaborador, SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA, encontra - se de atestado médico de 115 dias a parti do dia 25/11/2018 por esse motivo deverá ser encaminhado ao INSS por auxílio doença, a partir do dia 09 de DEZEMBRO de 2018.

Anexos – ATESTADO MEDICO

Consórcio FG - Ramal do Agreste
 Edvan Menezes Dias
 Téc. de Enfermagem do Trabalho

Edvan Menezes Dias

Técnico de enfermagem do trabalho

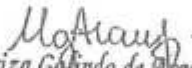
MARIZA GALINDO DE ARAÚJO

Fisioterapeuta - CREFITO-F/PE nº 194304

CPF nº 051.133.334-09

Recebi do Sr. SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA, CPF nº 109.585.114-46, a importância de R\$ 600,00 (Seiscentos reais) referente as despesas com 15 sessões de fisioterapia do período de 25 de janeiro à 12 de março de 2019.

Sertânia-PE, 12 de março de 2019.


Mariza Galindo de Araújo
Fisioterapeuta
CREFITO: 194304-F

MARIZA GALINDO DE ARAÚJO

Fisioterapeuta

NOME: **SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA**
 COC. IDENTIDADE (COC. EMISSOR / UF): **8867568 SDS PE**
 CPF: **109.565.114-46** DATA NASCIMENTO: **19/01/1989**
 FILIAÇÃO: **JURATÉ BARBOSA**
MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA
 PERMISSÃO: ☒ ATC: ☒ CAT. HAB: **AD**
 Nº REGISTRO: **65912400698** VALIDADE: **17/09/2023** 1ª HABILITAÇÃO: **22/10/2013**
 OBSERVAÇÕES:
 EAP
SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA
 ASSINATURA DO PORTADOR
 LOCAL: **AFogados da Ingaçara, PE** DATA EMISSÃO: **24/09/2018**
 (Cariluz, Andreza, Maria, Pinheiro)
 (Rafaela, Evangelina)
 66410198172
 PE0086052312
PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1683186771

PROTOCO PLASTIFICAR
 1683186771

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014802536310
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD-RENAVAM 964078235 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA
ARCOVERDE-PE

PLACA 109.585.114-46 KJV3783

PLACA ANT. 00/00 ***** CHASSI 9C2XC08508R066845

ESPECIE/TIPO FAS./MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

FAIXA I.R.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 60.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 60.43 DATA DE PAGAMENTO 19/03/19

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

ARCOVERDE-PE DATA 21/03/19

ROBERTO CARLOS MOTA FERREIRA
DIRETOR DE REGISTRO

SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS PESSOAS - MISTO - POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA E PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014802536310 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

ARCOVERDE-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 21/02/19

VIA 1 CPF / CNPJ 109.585.114-46 PLACA KJV3783

RENAVAM 964078235 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2008 CAT. TAB. 09 Nº CHASSI 9C2XC08508R066845

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$) 84.58

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 19/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.249.608/0001-04

PRESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELAS NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.

BUI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014802536310
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 964076236 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

ARCOVERDE-PE

CNPJ 109.585.114-46

PLACA KJV3783

PLACA ANT. UF ***** / PE CHASSI 9C2KC06508R066845

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN E3

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP. POT. / CL 2F / 149CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO

1° *****

FAIXA IPVA. 1 PARCELAMENTO / COTAS *****

2° *****
3° *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 19/03/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ARCOVERDE-PE 21/03/19

Roberto Carlos Moreira Fidalgo

DIRETOR TÍTULOS

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

PE Nº 014802536310 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

ARCOVERDE-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 21/03/19

VIA 1 CNPJ 109.585.114-46 PLACA KJV3783

RENAVAM 964076236 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN E3

ANO FAB. 2008 DATA 09 Nº CHASSI 9C2KC06508R066845

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURODO (R\$) 84.58

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 19/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTINQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

OA 03531060 9 BR

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
 Nº: 32300069 - AC SERTANIA
 SERTANIA - PE
 CNPJ.....: 34028316062486 Ins Est : 001436007

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
 CNPJ/CPF.....: 09248608000104
 Doc. Post.....: 324745577
 Contrato....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
 Cartão...: 62267655

Movimento...: 08/05/2019 Hora.....: 15:11:16
 Caixa.....: 91539906 Matrícula...: 85064203
 Lançamento...: 027 Atendimento: 00015
 Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1540264239

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26
Valor do Porte R\$...	23,26	
Peso real (g).....	43	
Peso Tarifado.....	0,043	
CNPJ/CPF Remet : 10958511446		
Nome Remetente : SEBASTIAO BARBOSA		
Endereço Remet : AVENIDA IMACULADA CONCEICA		
Cont. Endereço...: 0,96 - CENTRO		
Cep Remetente...: 56600-000		
Cidade Remet....: SERTANIA		
UF Remet.....: PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00
Valor do Porte R\$...	29,00	
Cep Destino : 20011-904 (RJ)		
Peso real (g).....	44	
Peso Tarifado... : 0,044		
OBJETO.....: OA035310609BR		

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)
 No caso de objeto com valor,
 utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
 prestado(s), o(s) qual(is) pasarei mediante
 apresentação de fatura. Os valores constantes
 deste comprovante poderão sofrer variações de
 acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG
 Ass. Responsável.....

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

SERV. POSTAIS: DIREÇÃO E REVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
 Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
 Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
 deste comprovante, para eventual contato com
 os Correios.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122456/19

Vítima: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

CPF: 109.585.114-46

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/11/2018

Titular do CPF: SEBASTIAO BARBOSA DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA : 109.585.114-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/04/2019
Nome: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA
CPF: 109.585.114-46

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

TERMO DE NOTIFICAÇÃO DE AUDIÊNCIA DO FORNECEDOR**NOTIFICAÇÃO:** 00450505

Sertânia, 04 de Setembro de 2019

Processo F.A. n° :26.001.029.19-0046797

DADOS DO CONSUMIDOR

Nome :SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

CPF/CNPJ : 10958511446

Ao representante legal de:**Razão Social :** SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.

Nome de Fantasia : SEGURADORA LIDER

CNPJ/CPF : 09.248.608/0001-04

Outros Docs:

Endereço : RUA SENADOR DANTAS, 74, 6º ANDAR

Bairro : CENTRO

CEP : 20031205

Cidade : Rio de Janeiro

Estado : RJ

*Audiência***PRAZO**
08/10/19

O PROCON/PE, com fundamento nos incisos III e IV, do artigo 4º e §4º, do artigo 55, ambos da Lei 8.078/90, bem como com esteio no §2º, do artigo 33, ainda nos artigos 42 e 44 do Decreto Federal 2.181/97, **NOTIFICA** o Fornecedor acima qualificado para **COMPARECER EM AUDIÊNCIA** designada para o dia **08/10/2019 09:30, NESTE ÓRGÃO, LOCALIZADO Procon Sertânia - PE - Pça João Pereira Vale, 88, casa, Centro, CEP: 56600000 - Sertânia - PE**, quando deverá apresentar DEFESA ESCRITA e poderá CONCILIAR-SE com o consumidor. Decorrida a audiência, este Órgão apreciará de forma definitiva a fundamentação da reclamação do consumidor, para efeito de sua inclusão nos cadastros Estadual e Nacional de Reclamação Fundamentada, nos termos do art. 44 da Lei 8.078/90, prosseguindo o trâmite do presente processo administrativo, nos termos dos artigos 45, 46 e 47 do Decreto nº. 2.181/97.

PROCON/PE

Obs 1: O fornecedor, caso pessoa jurídica, deverá ser representado por sócio munido de cópia do contrato social ou estatuto com ata da ultima assembleia da empresa e/ou por preposto devidamente habilitado por aquele. "O fornecedor é solidariamente responsável pelos atos de seus prepostos ou representantes autônomos." (art. 34, Lei nº. 8.078/90).

Obs 2: A recusa ao comparecimento ou desrespeito a determinações e/ou convocações do PROCON/PE, Órgão do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, caracteriza crime de desobediência, na forma do art. 330 do Código Penal Brasileiro, ficando a autoridade administrativa com poderes para aplicar as sanções administrativas cabíveis.

Obs 3: A não apresentação da defesa escrita/contestação implicará nos efeitos da revelia a que se refere o art. 344 do Código de Processo Civil.

Procon Sertânia - PE - Pça João Pereira Vale, 88, casa, Centro, CEP: 56600000 - Sertânia-PE - (87)
38411489

RECEBIDO17/9/19

PROCON ESTADUAL DE PERNAMBUCO

Rua Floriano Peixoto, 141 São José, Recife Pernambuco - CEP 50.010-905
Telefones: (81) 3181-7000 - Site: <http://www.procon.pe.gov.br>

Gerência Jurídica Corporativa

16/04

TERMO DE RECLAMAÇÃO

PROCESSO FA nº: 26.001.029.19-0046797

DADOS DO CONSUMIDOR

Nome : SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA
CPF/CNPJ : 10958511446
RG : 8862568
Endereço : AVENIDA IMACULADA CONCEIÇÃO, 96, CASA
Bairro : CENTRO
CEP : 56600000 - Telefone : 87 99130-2204
Cidade : Sertânia
Estado : PE

DADOS DO FORNECEDOR JURÍDICO/PESSOA FÍSICA

Razão Social: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.
Nome Fantasia: SEGURADORA LÍDER
CNPJ: 09.248.608/0001-04
Endereço: RUA SENADOR DANTAS, 74, 6º ANDAR,
Bairro: CENTRO, Cidade: Rio de Janeiro, Estado: RJ CEP: 20031205
Fone: (021) 3861 4600

Cargo:

Contato:

Orientação/Encaminhamento:

TIPO DE PRODUTO OU SERVIÇO DEMANDADO

Área : Assuntos Financeiros

Assunto : Outros Seguros

Problema: Não pagamento de indenização

O Procon Sertânia - PE, no uso de suas atribuições legais, analisando preliminarmente a fundamentação dos fatos alegados e documentos apresentados, nos termos do inciso III do artigo 33 do Decreto Federal 2.181/97, neste ato instaura processo administrativo mediante a seguinte reclamação, apresentada pelo consumidor acima qualificado.

PROCON ESTADUAL DE PERNAMBUCO

Eua Romano Pessoa - 141 550 José Faria Pernambuco - 328 51 036-037

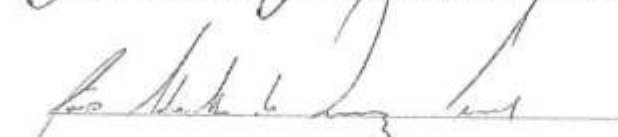
Telefones: (81) 3121-7101 - Site: <http://www.procon.pe.gov.br>

Descrição dos Fatos:

O reclamante acima qualificado vem a este órgão através do seu Procurador reclamar junto a **LIDER SUGURADORA** que já deu entrada no seguro DPVAT nº 3190268974 e não obteve êxito no valor do reembolso de R\$ 2.700,00. Informa que no dia conduzia sua motocicleta, sozinho trafegando na rodovia 280, vindo de Albuquerque Né para cidade de Sertânia- PE nas proximidades do trevo, ao tentar desviar d um animal na pista, perdeu o controle da motocicleta, vindo a cair. O reclamante ficou desacordado e foi socorrido para o hospital de Sertânia-PE, onde foi atendido. Em seguida o reclamante foi transferido para Cidade de Arcoverde-PE. O reclamante sofreu lesões no ombro, sendo submetido a cirurgia na Cidade de Serra Talhada-PE, conforme consta no Boletim de Ocorrência nº 19E024882000038. O reclamante comprova o pagamento das despesas com medicamentos no valor de R\$ 1.747,30, informando ainda não conseguiu juntar os demais comprovante, tendo em vista o mesmo comprar os medicamentos à vista e não saber que precisava juntar os mesmo, ocorre que devido as ferimentos colacionados na reclamação, é possível visualizar a tamanha complexidade dos ferimentos, sendo queimaduras de 3º grau, pancada no olho, fixação de pino no ombro, conforme fotos em anexo, o mesmo gastou em média 4 pomadas que custava em média R\$ 60,00(cada), gases, soro, iodo, esparadrapo todos os dias, não sabendo informar o valor real das despesas mencionadas e que a receitas originais com antibiótico ficava retida nas farmácias, segue em anexo os seguintes documentos: RG e CPF, Certidão de Nascimento, documento da motocicleta, Dados Bancários e outros documentos. Diante do acima exposto, Requer o reembolso no valor de R\$ 2.700,00, como forma de inteira justiça, sem perdas e danos. Telefone do Consumidor (81) 9 9123-3393 (Procurador) (87) 9 9130-2204 (reclamante).

Sertânia, 04 de Setembro de 2019


Consumidor(a) SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA


Procon Sertânia - PE - João Adalton de Queiroz Veras

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122456/19

Vítima: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

CPF: 109.585.114-46

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/11/2018

Titular do CPF: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA : 109.585.114-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/04/2019
Nome: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA
CPF: 109.585.114-46

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122456/19

Número do Sinistro: 3190268974

Vítima: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

CPF: 109.585.114-46

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Documentação médico-hospitalar

DUT

Outros

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA : 109.585.114-46

Autorização de pagamento

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/09/2019
Nome: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA
CPF: 109.585.114-46

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019
Nome: Sylvio Soares Filho
CPF: 744.271.567-20

Sylvio Soares Filho

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190268974

Vítima: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovantes de despesas médicas não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190268974

Vítima: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190268974

Vítima: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

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

Recebedor: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 948,37

Banco: 237

Agência: 000002226-8

Conta: 000000500040-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: Sebastião Barbosa da Silva CPF: 109.585.114-46
Profissão: Ajudante Endereço: Avenida Imaculada Conceição Número: 96 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Sertânia Estado: PE CEP: 56.600-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): (84) 99130-2204

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 00268 CONTA: 05000408
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Sertânia 28/03/2019
Nome: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA 1ª | Nome: _____
CPF: 109.585.114-46 CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO Assinatura
SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA 2ª | Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

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:

3190268974

3 - CPF da vítima:

109.585.114-46

4 - Nome completo da vítima:

SEBASTIÃO BARBOSA DA 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:

SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

6 - CPF:

109.585.114-46

7 - Profissão:

AJUDANTE

8 - Endereço:

AV. IMACULADA CONCEIÇÃO

9 - Número:

96

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SERTÂNIA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.600-000

15 - E-mail:

8791400813a@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(87)99130.2204

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2226

8

CONTA: 0500040

8

(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 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.

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 (mal-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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: MARIA APARECIDA DE MELO SILVA

CPF: 100.593.524-69

Maria Aparecida de Melo Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: RICARDO ALVES ANAJO

CPF: 079.371.844-93

Ricardo Alves Anajo

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERTÂNIA, 03 DE SETEMBRO DE 2019

SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (documental)

TESTEMUNHAS

Boletim de ocorrência

*ms**ap*

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 158ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERTÂNIA - DP158ªCIRC DINTER2/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 190248000038

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/01/2019 às 17:09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 25/11/2018
no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SERTANIA, 1, RODOVIA PE 280 (TREVO PARA ALBUQUERQUE NÉ) - Bairro:
CENTRO - SERTANIA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR/AGENTE)
SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA (VITIMA)

RECEBIDO

03 ABR 2019

Seguradora Líder DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

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

SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA Pai: JUSTO
BARBOSA Data de Nascimento: 19/11/1989 Naturalidade: IGARACY/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 6862568/SS/PE (RG).
05912403698 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(a) Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:
- 87991302204

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SERTANIA, 96, AV. IMACULADA CONCEIÇÃO, CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
SERTANIA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):
SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITANES Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJV3783 (PERNAMBUCO/ARCOVERDE) Renavam: 964073236
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

11/01/2019 17:08



BOLEIM DE OCORRÊNCIAS

© 2005 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - CUBANGO (Causando) - 49554412015

Localidade: RODOVIA ESTADUAL
CENTRO - GERANIA, PERNAMBUCO BRASIL
Para acesso no endereço: MUNICÍPIO DE GERANIA, RODOVIA PE 280 (RUA PARA ALBUQUERQUE) - Bairro

ಪ್ರಾಂತ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು (2) ಪರಿಶೀಲನೆ (2) 692299

(BT) (U) AUC 041
AUG 04 1982

အိတ်ကုတ်ကုတ် (၁) ခု၊ ချိတ်ကုတ် (၁) ခု၊ ချိတ်ကုတ်

[illegible]

Qualifications (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k) (l) (m) (n) (o) (p) (q) (r) (s) (t) (u) (v) (w) (x) (y) (z) (aa) (ab) (ac) (ad) (ae) (af) (ag) (ah) (ai) (aj) (ak) (al) (am) (an) (ao) (ap) (aq) (ar) (as) (at) (au) (av) (aw) (ax) (ay) (az) (ba) (bb) (bc) (bd) (be) (bf) (bg) (bh) (bi) (bj) (bk) (bl) (bm) (bn) (bo) (bp) (bq) (br) (bs) (bt) (bu) (bv) (bw) (bx) (by) (bz) (ca) (cb) (cc) (cd) (ce) (cf) (cg) (ch) (ci) (cj) (ck) (cl) (cm) (cn) (co) (cp) (cq) (cr) (cs) (ct) (cu) (cv) (cw) (cx) (cy) (cz) (da) (db) (dc) (dd) (de) (df) (dg) (dh) (di) (dj) (dk) (dl) (dm) (dn) (do) (dp) (dq) (dr) (ds) (dt) (du) (dv) (dw) (dx) (dy) (dz) (ea) (eb) (ec) (ed) (ee) (ef) (eg) (eh) (ei) (ej) (ek) (el) (em) (en) (eo) (ep) (eq) (er) (es) (et) (eu) (ev) (ew) (ex) (ey) (ez) (fa) (fb) (fc) (fd) (fe) (ff) (fg) (fh) (fi) (fj) (fk) (fl) (fm) (fn) (fo) (fp) (fq) (fr) (fs) (ft) (fu) (fv) (fw) (fx) (fy) (fz) (ga) (gb) (gc) (gd) (ge) (gf) (gg) (gh) (gi) (gj) (gk) (gl) (gm) (gn) (go) (gp) (gq) (gr) (gs) (gt) (gu) (gv) (gw) (gx) (gy) (gz) (ha) (hb) (hc) (hd) (he) (hf) (hg) (hh) (hi) (hj) (hk) (hl) (hm) (hn) (ho) (hp) (hq) (hr) (hs) (ht) (hu) (hv) (hw) (hx) (hy) (hz) (ia) (ib) (ic) (id) (ie) (if) (ig) (ih) (ii) (ij) (ik) (il) (im) (in) (io) (ip) (iq) (ir) (is) (it) (iu) (iv) (iw) (ix) (iy) (iz) (ja) (jb) (jc) (jd) (je) (jf) (jg) (jh) (ji) (jj) (jk) (jl) (jm) (jn) (jo) (jp) (jq) (jr) (js) (jt) (ju) (jv) (jw) (jx) (jy) (jz) (ka) (kb) (kc) (kd) (ke) (kf) (kg) (kh) (ki) (kj) (kk) (kl) (km) (kn) (ko) (kp) (kq) (kr) (ks) (kt) (ku) (kv) (kw) (kx) (ky) (kz) (la) (lb) (lc) (ld) (le) (lf) (lg) (lh) (li) (lj) (lk) (ll) (lm) (ln) (lo) (lp) (lq) (lr) (ls) (lt) (lu) (lv) (lw) (lx) (ly) (lz) (ma) (mb) (mc) (md) (me) (mf) (mg) (mh) (mi) (mj) (mk) (ml) (mm) (mn) (mo) (mp) (mq) (mr) (ms) (mt) (mu) (mv) (mw) (mx) (my) (mz) (na) (nb) (nc) (nd) (ne) (nf) (ng) (nh) (ni) (nj) (nk) (nl) (nm) (nn) (no) (np) (nq) (nr) (ns) (nt) (nu) (nv) (nw) (nx) (ny) (nz) (oa) (ob) (oc) (od) (oe) (of) (og) (oh) (oi) (oj) (ok) (ol) (om) (on) (oo) (op) (oq) (or) (os) (ot) (ou) (ov) (ow) (ox) (oy) (oz) (pa) (pb) (pc) (pd) (pe) (pf) (pg) (ph) (pi) (pj) (pk) (pl) (pm) (pn) (po) (pp) (pq) (pr) (ps) (pt) (pu) (pv) (pw) (px) (py) (pz) (qa) (qb) (qc) (qd) (qe) (qf) (qg) (qh) (qi) (qj) (qk) (ql) (qm) (qn) (qo) (qp) (qq) (qr) (qs) (qt) (qu) (qv) (qw) (qx) (qy) (qz) (ra) (rb) (rc) (rd) (re) (rf) (rg) (rh) (ri) (rj) (rk) (rl) (rm) (rn) (ro) (rp) (rq) (rr) (rs) (rt) (ru) (rv) (rw) (rx) (ry) (rz) (sa) (sb) (sc) (sd) (se) (sf) (sg) (sh) (si) (sj) (sk) (sl) (sm) (sn) (so) (sp) (sq) (sr) (ss) (st) (su) (sv) (sw) (sx) (sy) (sz) (ta) (tb) (tc) (td) (te) (tf) (tg) (th) (ti) (tj) (tk) (tl) (tm) (tn) (to) (tp) (tq) (tr) (ts) (tt) (tu) (tv) (tw) (tx) (ty) (tz) (ua) (ub) (uc) (ud) (ue) (uf) (ug) (uh) (ui) (uj) (uk) (ul) (um) (un) (uo) (up) (uq) (ur) (us) (ut) (uu) (uv) (uw) (ux) (uy) (uz) (va) (vb) (vc) (vd) (ve) (vf) (vg) (vh) (vi) (vj) (vk) (vl) (vm) (vn) (vo) (vp) (vq) (vr) (vs) (vt) (vu) (vv) (vw) (vx) (vy) (vz) (wa) (wb) (wc) (wd) (we) (wf) (wg) (wh) (wi) (wj) (wk) (wl) (wm) (wn) (wo) (wp) (wq) (wr) (ws) (wt) (wu) (wv) (ww) (wx) (wy) (wz) (xa) (xb) (xc) (xd) (xe) (xf) (xg) (xh) (xi) (xj) (xk) (xl) (xm) (xn) (xo) (xp) (xq) (xr) (xs) (xt) (xu) (xv) (xw) (xx) (xy) (xz) (ya) (yb) (yc) (yd) (ye) (yf) (yg) (yh) (yi) (yj) (yk) (yl) (ym) (yn) (yo) (yp) (yq) (yr) (ys) (yt) (yu) (yv) (yw) (yx) (yy) (yz) (za) (zb) (zc) (zd) (ze) (zf) (zg) (zh) (zi) (zj) (zk) (zl) (zm) (zn) (zo) (zp) (zq) (zr) (zs) (zt) (zu) (zv) (zw) (zx) (zy) (zz)

[illegible]

SEXTA-FEIRA 14/05/2015

INFORME DE PROGRESSO DO PLANO DE AÇÃO DE 2014 - Anexo 02 - Conselho Municipal de Educação de São João del-Rei

Qualificação do(a) objeto do(a) trabalho

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do (E) SR. ZEBASTÃO BARBOSA DA SILVA, AVULSO AO ASSEMBLEIA SUP. AVALIADA EM R\$ 12.000,00 (E) SR.

ZEBASTÃO BARBOSA DA SILVA

Categoria: Motocicleta
MOTORCICLO 150 TITANES COPIAS APRESENTADAS NÃO

PRET. OBRIGADO (NÃO É ORÇAMENTO)

And Electronic Data Systems Corporation, 6450 14th

80-719603-117

Complemento / Observação

A VÍTIMA NOTICIA QUE NO DIA INDICADO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA, SOZINHO, TRAFEGANDO NA RODOVIA 280, VINDO DE ALBUQUERQUE NÉ PARA ESTA CIDADE. NAS PROXIMIDADES DO TREVO, AO TENTAR DESVIAR DE UM ANIMAL NA PISTA, A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR. A VÍTIMA FICOU DESACORDADA E FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE FOI ATENDIDA. EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA A CIDADE DE ARCOVERDE-PE. A VÍTIMA SOFREU LESÕES NO OMBRO, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA EM SERRA TALHADA-PE. É O QUE SE APRESENTA PARA O MOMENTO.

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

SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: RAIMUNDO MARIANO SOUZA JUNIOR MAT - 2085267 - Matrícula: 2085267

MOMENTO

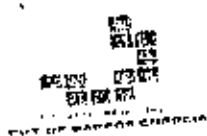
OS CORPÓREOS NO OMBRO, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA EM SEGRA TALHADA-PE, É O QUE SE APRESENTA PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE FOI TENDIDA, EMSEGUIDA A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA A CIDADE DE ARCOVERDE-PE A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR A VÍTIMA FICOU DESACORDADA E FOI SOCORRIDA PARA O LOCAL BLOQUEADO, PARA ESTA CIDADE MAS PROXIMIDADES DO TREVO, AO TENTAR DESVIAR DE UM ANIMAL NA PISTA, A VÍTIMA NOTOU QUE NO DIA INDICADO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA, SOZINHO, TRAFEGANDO NA RODOVIA 320, VINDO DE

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

222520Z JAN 68
(AMTIV)

0.8. Repetido por RAJINDO MAHA MOZTA JUNIOR MAT - 2082587 - Matricula: 2082587

Abstract



Речемъиса

505



Pernambuco

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ficha

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		Ficha nº: 31
Nome: <u>Silvestre Barbosa da Silva</u>		Data: <u>25/11/18</u>
Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>29</u>	Cor: <u>Amarelo</u>
Data de nascimento: <u>10/11/89</u>	Estado Civil: <u>União Estável</u>	Hora: <u>10h 55</u>
Profissão: <u>Assistente de Plano Alimentar</u>	Município: <u>Barcelos</u>	CEP: <u>56600-000</u>
Endereço: <u>Rua Manoel da Conceição</u>	CNS: <u>165624092590018</u>	RG: <u>96</u>
Bairro: <u>Uro do Caminho</u>		CEP: <u>56600-000</u>
Naturalidade: <u>Barcelos</u>		
Escolaridade: <u>Analfabeto</u>		
Filiação: <u>João Barbosa</u>		
Acompanhante: <u>Joana da Conceição Silva</u>		
MEIO DE TRANSPORTE		
Bombeira () SAMU ()	Andando () Maca () Cadeira de rodas ()	Hospital ()
Ambulância () Auto ()	Senha: <u>1234</u>	UPA () PSF ()
PA: <u>120/80</u>	HGT: <u>1,70</u>	Doutor () SATU2 ()
FR: <u>70</u>	Peso: <u>70</u>	
Antecedentes Pessoais/Familiares:	Alérgico: <u>Penicilina</u>	
Uso de Medicamentos:		
Situação/Queixa Principal:		
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOMPANHAMENTO		CLASSIFICAÇÃO
() Febre	() Dificuldade de Respirar	() Vermelho
() Vômitos	() Confusão Mental	() Amarelo
() Fraqueza	() Distúrbios Visuais	() Verde
() Fadiga	() Taquicardia	() Azul
() Cefaleia	() Parosteia e/ou paralisia	
() Tontura	() Tosse	
() Convulsão	() Dor local	
() Desmaio	() Queixa urinária	
() Sangramento	() Outras Queixas:	
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):		
2 - Hipótese Diagnóstica:		
3 - Exames Solicitados:		

Assinatura e identificação do Médico

[illegible]

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

02/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

948,37

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02226-8

CONTA: 000000500040-8

Nr. Autenticação

BRDESCO021020190500000000002370222600000050004094837 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sebastião Barbosa da Silva

RG nº 8.862.568 data de expedição 13 / 10 / 2009 Órgão _____

CPF nº 109.585.114-46 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Avenida Imaculada Conceição</u>
Número	<u>96</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Sertânia</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56.600.000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99130-2204 ou (81) 99140-0813</u>
E-mail	<u>Sebastião090909@gmail.com</u>

Comprovante de residência



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: _____

83800000000-9 83960011000-8 34275802910-6 13377714003-2



FARMÁCIA SANTA FILOMENA
M LOURDES AGALINDO ARAUJO ME
RUA DOUTOR RAUL TORRES LAFAYETTE, 87,
CENTRO, SERTANIA, PE Fone: 8738411405
CNPJ: 09.895.860/0001-37 I.E.: 018907784

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	Un	VL Unit	VL Total
39526	PROFLAM 100 MG C12 CPR				
	1 UN X			54,56 =	54,56
37414	PARACETAMOL 750 MG C4 CPR				
	1 UN -X			3,00 =	3,00
QTD. TOTAL DE ITENS					2
VALOR TOTAL R\$					57,56
FORMA DE PAGAMENTO					Valor Pago
Dinheiro					57,56

Consulte pela chave de acesso em
nfc.e.safaz.pe.gov.br/nfca/consulta
2619 0469 8958 6000 0137 6500 0000 0060 071C
0060 8012

CONSUMIDOR
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFCe nº: 6007 Série: 000 24/04/2019 10:38:35
Via Consumidor

Protocolo de Autorização: 326190280221900
24/04/19 10:38:37



Tributos Totais Incidentes (Lei Federal
12.741/2012)
Trib aprox R\$: 7,74 Federal e 0,00 Estadual e
0,00 Municipal

Fonte: IBPT 801EC4

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO
SIMPLES NACIONAL; NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO
FISCAL DE IPI; DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP
OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL; NÃO GERA DIREITO
A CRÉDITO FISCAL DE IPI; DOCUMENTO EMITIDO POR
ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL; NÃO
GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI;
MD-5:2bdbc1bb9d3eb3d3fd2b4af6fcc8c732

NOME: CONSUMIDOR

CONV:

VND.: FARMÁCIA

OBRIGADO!

PED: 000016409



FARMACIA SANTA FILOMENA
M. LOURDES A GALINDO ARAUJO ME
RUA DOUTOR RAUL TORRES LAFAYETTE, 87,
CENTRO, SERTANIA, PE Fone: 8738411405
CNPJ: 09.895.860/0001-37 I.E.: 018907784

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	Un	VI	Unit	VI Total
22866	ESPARADRAPO CREMER 10 CM X 4, 5 M					
	2 UN X	17,50 =				35,00
57571	GAZE GALDI C 10 UND					
	20 UN X	1,50 =				30,00
70021	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML					
	2 UN X	6,00 =				12,00
35395	NIMESULIDA 100MG C12 CPR					
	2 UN X	11,00 =				22,00
65421	FLANCOX 500MG C/14 COMP REV-OUTROS					
	2 UN X	36,58 =				73,16
62241	LACRIFILM 5MG-ML SOL OFT FR GTS 10ML					
	1 UN X	18,27 =				18,27
39629	PROFLAM CR C30 GR					
	2 UN X	35,51 =				71,02
66941	ANDOLBA AEROSOL 43G LP:N					
	1 UN X	29,36 =				29,36
QTD. TOTAL DE ITENS						34
VALOR TOTAL R\$						290,81
FORMA DE PAGAMENTO						Valor Pago
Dinheiro						290,81

Consulte pela chave de acesso em
nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta

2619 0469 8958 6000 0137 6500 0000 0060 0810
0060 8117

CONSUMIDOR
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFCe nº: 6008 Série: 000 24/04/2019 12:06:28
Via Consumidor

Protocolo de Autorização: 326190280491271
24/04/19 12:06:31



Tributos Totais Incidentes (Lei Federal
12.741/2012)

Trib aprox R\$: 34,15 Federal e 3,00 Estadual e
0,00 Municipal
Fonte: IBPT 801EC4

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO
SIMPLES NACIONAL; NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO
FISCAL DE IPI; DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP
OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL; NÃO GERA DIREITO
A CRÉDITO FISCAL DE IPI; DOCUMENTO EMITIDO POR
ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL; NÃO
GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI;
ID-5:2bdc1bb9d3eb3d3fd2b4af6fcc8e732

NOME: CONSUMIDOR
CONV: 1

VED.: FARMACIA

OBRIGADO!

PIB:000016410

AUTOMOTIVOS LTDA ME
 CNPJ: 25106363000137 IE: 067915140
 IM: 0 Telefone: 81999619528
 RUA 13 DE MAIO, 68 - CENTRO
 Sertania - PE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
 Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Descrição	Qtd	UN	VI Unit	VI Total
14	ARO RODA FERRO 1...	1,000	UN	55,00	55,00
116	RAIO HDA CG 125/15...	1,000	UN	30,00	30,00
187	MANETE EMB HDA C...	1,000	UN	6,00	6,00
21	MANETE FREIO HDA...	1,000	UN	8,00	8,00
126	BLOCO OPTICO HDA...	1,000	UN	20,00	20,00
103	LAMPADA BIDDIO 12...	1,000	UN	7,00	7,00
90	CABO EMB HDA CGI...	1,000	UN	10,00	10,00
190	CABO FREIO HDA C...	1,000	UN	10,00	10,00
95	RETEN BENGALA C...	2,000	UN	8,00	16,00
116	RAIO HDA CG 125/15...	1,000	UN	30,00	30,00
150	TAMPA LAT TITAN 1...	1,000	UN	30,00	30,00
100	PARALAMA DIANT C...	1,000	UN	25,00	25,00

Qtde. total de Itens 12
 Valor total R\$ 247,00

FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO
 Dinheiro R\$ 247,00
 TOTAL PAGO R\$ 247,00

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta>

2619 0525 1063 6300 0137 6500 1000 0002 9219 1953 2306

CONSUMIDOR

CPF: 10958511446
 Sebastião Barbosa da Silva

NFCe nº: 000.000.292 Série: 001
 03/05/2019 14:49:19 - Via Consumidor
 Protocolo de Autorização:
 326190303124995 03/05/2019 14:49:10

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) R\$ 72,44
 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples
 Nacional não gera direito a crédito fiscal de IPI. Permite o
 aproveitamento do crédito de ICMS no valor de R\$ 0,00;
 Correspondente a alíquota de 0,00%, nos termos do art. 23
 da LC 123 / 2006; Val Aprox R\$72,44 Fed 27,96 Est 44,46
 Fonte IBPT/empresometro.com.br F3L1P3; CFOP 5405 =
 R\$247,00; ICMS retido na fonte Conv. 110/07 - BC R\$ 49,57
 - ICMS retido R\$ 5,70; Operador: Jailson



BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO MESES ANTERIORES CONTA FACIL
TERM :054174

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA 09:16 HRS
AGENCIA 2226 CONTA 0500040-8 04/SET/2019

DATA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
30/11	SALDO ANTERIOR		406,36
03/12	RENDIMENTOS 0103715		0,07
	Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12		
03/12	COMPRA CART ELO 0620009		50,41
	FARMACIA DIA E NOITE		
03/12	SAQUE CP AUTOAT 4174460		160,00-
	Ag02226maq054174seq0046003121934		
	SALDO EM 03/12		180,02
04/12	SAQUE CP AUTOAT 4174886		80,00-
	Ag02226maq054174seq0168604121954		
	SALDO EM 04/12		100,02
06/12	TED-T ELET DISP 6301954		1,045,92
	REMET,CONSORCIO FG RAMAL D		
	SALDO EM 06/12		1,153,94
14/12	TARIFA BANCARIA 1200005		11,50-
	SAQUEterminal		
	SALDO EM 14/12		1,142,44
17/12	SAQUE CP AUTOAT 2583521		400,00-
	Ag02226maq052583seq0052116121938		
	SALDO EM 17/12		742,44
19/12	COMPRA CART ELO 0190059		120,00-
	POSTO DO SERTAO		
	SALDO EM 19/12		622,44
20/12	TED-T ELET DISP 4556431		431,20
	REMET,CONSORCIO FG RAMAL D		
20/12	TED-T ELET DISP 4558336		123,87
	REMET,CONSORCIO FG RAMAL D		
	SALDO EM 20/12		1,177,51
21/12	RENDIMENTOS 2103715		0,40
	Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12		
	SALDO EM 21/12		1,177,91
24/12	COMPRA CART ELO 0402204		5,00-
	FARM STA FILOMENA		
24/12	SAQUE CP AUTOAT 4174682		100,00-
	Ag02226maq054174seq0268224122036		
	SALDO EM 24/12		1,072,91

09/11	TRANSF CONTAS 0685044	1,089,05
	M & S SERVICOS LTDA.	
09/11	SAQUE CP AUTOAT 2583412	1,000,00-
	Ag02226maq052583seq0441209112026	
	SALDO EM 09/11	700,08
12/11	SAQUE CP AUTOAT 2652676	100,00-
	Ag02226maq052652seq0267612112016	
	SALDO EM 12/11	600,08
13/11	SAQUE CP AUTOAT 4023197	80,00-
	Ag02226maq054023seq0319713111943	
	SALDO EM 13/11	520,08
14/11	TARIFA BANCARIA 1100003	6,90-
	SAQUEterminal	
14/11	TAR EXTRATO 0121118	2,70-
	EXTRATomes(E)	
	SALDO EM 14/11	510,48
16/11	SAQUE CP AUTOAT 4023005	200,00-
	Ag02226maq054023seq0500515112141	
16/11	TAR EXTRATO 0131118	2,70-
	EXTRATomes(E)	
	SALDO EM 16/11	307,78
19/11	TRANSF CONTAS 0685473	57,50
	M & S SERVICOS LTDA.	
19/11	TRANSF CONTAS 0685666	103,50
	M & S SERVICOS LTDA.	
	SALDO EM 19/11	468,78
20/11	SAQUE CP AUTOAT 2583211	450,00-
	Ag02226maq052583seq0221120112005	
	SALDO EM 20/11	18,78
21/11	TED-T ELET DISP 8924496	431,20
	REMET,CONSORCIO FG RAMAL D	
21/11	TRANSF CONTAS 0685111	140,00
	M & S SERVICOS LTDA.	
	SALDO EM 21/11	589,98
22/11	TAR EXTRATO 0201118	2,70-
	EXTRATomes(E)	
	SALDO EM 22/11	587,28
26/11	COMPRA CART ELO 0260023	27,95-
	FARMACIA DO TRABALHO	
26/11	COMPRA CART ELO 0261144	48,00-
	MIX BEBIDAS	
26/11	COMPRA CART ELO 0796925	78,50-
	FCIA PAGUE MENOS 492	
26/11	TAR EXTRATO 0221118	2,70-
	EXTRATomes(E)	
	SALDO EM 26/11	430,13
29/11	SAQUE CP AUTOAT 9954919	100,00-
	Ag02226maq059954seq0091920111928	
	SALDO EM 29/11	330,13
30/11	TED-T ELET DISP 7367523	89,83
	REMET,CONSORCIO FG RAMAL D	
30/11	COMPRA CART ELO 0401901	13,00-
	FARM STA FILOMENA	
	SALDO EM 30/11	406,36



BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO MESES ANTERIORES CONTA FACIL
TERM: 054174

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA 09:20 IRS
AGENCIA 2226 CONTA 0500040-8 04/SET/2019

DATA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
27/02	SALDO ANTERIOR		228,00
01/03	SAQUE CP AUTOAT 9954400		200,00-
	Ag02220maq059954seq0240001030922		
	SALDO EM 01/03		28,00
07/03	COMPRA CART ELO 0040111		26,56-
	AVISTAO AUTOSERVICO		
	SALDO EM 07/03		2,22
08/03	RESG.DE PAPEIS 5384620		218,78
08/03	COMPRA CART ELO 0500004		130,00-
	POSTO DO SERTAO		
08/03	SAQUE CP AUTOAT 1912687		90,00-
	Ag00651maq051912seq00608700031033		
	SALDO EM 08/03		1,00
12/03	CREDITO DO INSS 0122226		1.651,39
12/03	CREDITO DO INSS 0122226		1.652,00
	SALDO EM 12/03		3.304,39
15/03	TARIFA BANCARIA 0300003		7,35-
	SAQUEterminal		
	SALDO EM 15/03		3.297,04
18/03	SAQUE CP AUTOAT 9954303		300,00-
	Ag02226maq059954SEQ0530316030059		
	SALDO EM 18/03		2.997,04
19/03	SAQUE CP AUTOAT 4174301		500,00-
	Ag02226maq054174seq0430119031511		
	SALDO EM 19/03		2.497,04
20/03	COMPRA CART ELO 0000451		99,90-
	SALDO EM 20/03		2.397,14
27/03	COMPRA CART ELO 0270097		35,52-
	AVISTAO AUTOSERVICO		
	SALDO EM 27/03		2.361,62
28/03	COMPRA CART ELO 0002640		40,00-
	POSTO CAZUZA VIP		
28/03	COMPRA CART ELO 0244459		18,00-
	SUMUP *FARMACIASANT		
	SALDO EM 28/03		2.303,62

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7040383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h.

08/01 SAQUE CP AUTOAT 2503749	200,00-
Ag02226maq052583seq0974900011055	
SALDO EM 08/01	1.265,40
15/01 TARIFA BANCARIA 0100004	9,20-
SAQUEterminal	
SALDO EM 15/01	1.256,20
18/01 TAR EXTRATO 0160119	2,05-
EXTRATomes(E)	
SALDO EM 18/01	1.253,35
21/01 RENDIMENTOS 2003715	1,02
Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12	
21/01 SAQUE CP AUTOAT 4174071	50,00-
Ag02226maq054174seq0107119012037	
SALDO EM 21/01	1.204,97
22/01 DEP DINHEIRO 0100101	1.292,00
O PROPRIO FAVORECIDO	
22/01 SAQUE CP AUTOAT 4174338	190,00-
Ag02226maq054174seq0533822011956	
SALDO EM 22/01	2.306,97
23/01 COMPRA CART ELO 0301012	120,00-
POSTO DO SERTAO	
23/01 TAR EXTRATO 0210119	2,05-
EXTRATomes(E)	
SALDO EM 23/01	2.184,12
24/01 TAR EXTRATO 0220119	2,05-
EXTRATomes(E)	
SALDO EM 24/01	2.181,27
25/01 SAQUE CP AUTOAT 4174022	600,00-
Ag02226maq054174seq0082225011506	
SALDO EM 25/01	1.581,27
28/01 RENDIMENTOS 2003715	1,04
Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12	
SALDO EM 28/01	1.582,31
29/01 COMPRA CART ELO 0520944	250,00-
SUMUP SOLUCOES DE P	
29/01 TAR EXTRATO 0250119	2,05-
EXTRATomes(E)	
SALDO EM 29/01	1.329,46
30/01 COMPRA CART ELO 0001042	83,92-
FARM STA FILOMENA	
SALDO EM 30/01	1.245,54

Demonstrativo para simples conferencia.
 Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
 Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
 SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
 Deficiencia Auditiva/Faixa 0800 722 0099.
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
 Ouvidoria - 0800 7270933 das 08h as 18h,
 de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
 A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
 esta disponivel no Autoatendimento e Internet.



BDN - BRADESCO DIA E NOITE
 EXTRATO MESES ANTERIORES CONTA FACIL
 TERM :054174

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA 09:21 HRS
 AGENCIA 2226 CONTA 0500040-8 04/SET/2019

DATA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
------	-----------	---------	-------

28/03	SALDO ANTERIOR		2.303,62
-------	----------------	--	----------

03/04	SAQUE CP AUTOAT 9954765		100,00-
-------	-------------------------	--	---------

Ag02226maq059954seq0570503040019

SALDO EM 03/04	2.203,62
----------------	----------

05/04	CREDITO DO INSS 0052226	1.651,39
-------	-------------------------	----------

SALDO EM 05/04	3.855,01
----------------	----------

09/04	COMPRA CART ELO 0908727	36,00-
-------	-------------------------	--------

JESSYCA JANYNNE LEAN

SALDO EM 09/04	3.819,01
----------------	----------

10/04	COMPRA CART ELO 0000136	24,55-
-------	-------------------------	--------

FCIA PAGUE MENOS 492

10/04	COMPRA CART ELO 0493705	200,00-
-------	-------------------------	---------

CLINICA DE OLHOS PAU

SALDO EM 10/04	3.594,46
----------------	----------

11/04	COMPRA CART ELO 0195899	13,00-
-------	-------------------------	--------

11/04	SAQUE CP AUTOAT 8156645	70,00-
-------	-------------------------	--------

Ag02542maq058156seq0164511041435

SALDO EM 11/04	3.511,46
----------------	----------

12/04	RENDIMENTOS 1203715	8,18
-------	---------------------	------

Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12

12/04	COMPRA CART ELO 0317185	42,00-
-------	-------------------------	--------

REAL PHARMA

12/04	SAQUE CP AUTOAT 9954825	130,00-
-------	-------------------------	---------

Ag02226maq059954seq0182512041001

SALDO EM 12/04	3.347,64
----------------	----------

15/04	TARIFA BANCARIA 0400002	4,90-
-------	-------------------------	-------

SAQUEterminal

SALDO EM 15/04	3.342,74
----------------	----------

17/04	SAQUE CP AUTOAT 2052594	80,00-
-------	-------------------------	--------

Ag02226maq052652seq0559417040001

17/04	SAQUE CP AUTOAT 9954499	50,00-
-------	-------------------------	--------

Ag02226maq059954seq0649917041359

SALDO EM 17/04	3.212,74
----------------	----------

23/04	COMPRA CART ELO 0004342	50,00-
-------	-------------------------	--------

POSTO CAZUZA VIP

23/04	COMPRA CART ELO 0502699	15,00-
-------	-------------------------	--------

SUMUP*Jose Jailso

23/04	COMPRA CART ELO 0005217	20,00-
-------	-------------------------	--------

BarOpilao

SALDO EM 23/04	3.127,74
----------------	----------