compesa

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA SIMPATIA - NUM. - 00070 - CENTRO PETROLINA
PE 56304-440

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 18660814 Mai/2019

SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
R DA CANAFISTULA, N. 00226 - - AREIA BRANCA PETROLINA PE 5633
0-035
INSCRICAO: 111.860.339.0010.980 GRUPO:18 DEB.AUTOMATICO: 018660814

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	LIGADO	1			

HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A11U157642	14/05/2019	13/06/2019	REAL / N MEDIDO

AGUA:
LEIT ANT: 2527 CONSUMO:37
LEIT ATU: 2564
LEIT FAT: 2564

ESGOTO:
LEIT ANT: VOLUME: 37.
LEIT ATU:
LEIT FAT:

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO	
04/2019	27	/27
03/2019	36	/36
02/2019	32	/32
01/2019	25	/25
12/2018	33	/33
11/2018	29	/29
MEDIA:	30	/30

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDE A LEGIS
TURBIDEZ	130	130	128
COR APARENTE	130	130	125
CLORO RESIDUAL	130	130	130
COLIF. TOTAIS	130	130	125
E. COLI	130	130	130

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COFIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICOES SANITARIAS DA AGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICOES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R$ 4,74 POR M3	10 M3	47,40
21 M3 A 30 M3 - R$ 5,63 POR M3	10 M3	56,30
31 M3 A 50 M3 - R$ 7,75 POR M3	7 M3	54,25
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DE ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 33,04 POR UNIDADE	10 M3	33,04
11 M3 A 20 M3 - R$ 3,79 POR M3	10 M3	37,92
21 M3 A 30 M3 - R$ 4,50 POR M3	10 M3	45,04
31 M3 A 50 M3 - R$ 6,20 POR M3	7 M3	43,40

05.802.494/0001-41
PRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

TIMBRADO	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	358,65	1,65	5,92
COFINS	358,65	7,60	27,26

VENCIMENTO: 05/07/2019 TOTAL A PAGAR: 358,65

MENSAGEM:

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCUS ANDRÉ Albuquerque DE CARVALHO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 772 869 954, 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDILSON DOS SANTOS FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 056 767 104, 62

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 056 767 104, 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA CANAFISTOLA		Número: 226	Complemento:
Bairro: ANHA BRANCA	Cidade: PETROLINA	Estado: PE	CEP:
E-mail:			Tel (DDD): (81) 995024768

Local e Data: PETROLINA, 28 de junho de 2019

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

DLDRL001 V001/2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal José Henrique de Lima
FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Registro Nº 10.543
Data: 16/06/19
Hora: 18:00

Clínica 035

SUS

Nome: Edilson dos Santos Ferreira
Pai: Antonio Marques Ferreira
CNS: //
Mãe: Maria Rosa dos Santos Ferreira
Naturalidade: Serra Talhada
Sexo: M
D.N.: 22/05/84
Idade: 35a
Estado Civil: Casado
Profissão: agricultor
Endereço: Av. Clementino Coelho - Tiradentes
Fone:
Cid. de: Petrolina
Estado: PE
Procedência: SL
RG: //
Certidão de Nascimento: —
Informante: Edna
Parentesco: irmã
Queixas do Paciente: Queda de moto
Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Obstétrico Hora:
Situação de Destino: ☐ Sala de Medicação ☐ Sala Vermelha ☐ Sala de Curativo ☐ Raio X ☐ Enfermaria

Histórico da Doença Atual:
Vítima de acidente motociclístico após consumo de bebida alcoólica, nega sincope ou vômito. Sofreu corte em couro cabeludo.
Refere dor em ombro

Exame Físico: PA: Pulso: Temperatura: Peso:
BCV s AM. NDN

Exames Solicitados/ Realizados: R.x de ombro

Diagnóstico Provisório: Corte em couro cabeludo

Identificação do Médico: Médico - CREMEPE

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Prescrição e Evolução Clínica (Anotar Data e Hora)

Diclofenaco 01 amp IM
Compressa + sutura da lesão
Vacina DT
Orientação por escrito

Feito
18:40

Adriana Martins Rocha
Médica
CRM-PE 24153
CRM-BA 30724

Paciente estava de chinelos, apresentando vertigens, estável hemodinamicamente, Glasgow 15, referindo dor em regiões de clavícula (E), tomicóra, mesmo após serem orientados, preferiram deixar o paciente na unidade de referência por conta própria

Guilherme Ribeiro da Silva

Causas Externas de Morbidade e Mortalidade Sim ( ) Não ( ) (CID 10: _____

Procedimento Executado

- [ ] Consulta Consultado com Terapia
- [ ] Consulta com observação Até _____
- [ ] Sutura Simples
- [ ] Retirada de Corpo Estranho
- [ ] Drenagem de Abcesso
- [ ] Pequena Cirurgia
- [ ] Outros:

Destino de Paciente

- [ ] Internamento
- [ ] Residência
- [ ] Óbito
- [ ] Transferência (Motivo): _____

Identificação do Médico

Médico - CREMEPE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 OUT 2010
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.085-010
RECIFE-PE

HU UNIVASF EBSERH

Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros
Endereço: Av. José de Sá Maniçoba, S/N
Cidade: Petrolina
CNPJ: 05.440.725/0002-03
Telefone: (87) 2101-6500

Ficha de Atendimento - Emergência

Mod ATF

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51507655
Paciente: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
Mãe: MARIA ROSA DOS SANTOS FERREIRA
Endereço: RUA CLEMETINO COELHO, nº 60 - IZACOLANDIA / PETROLINA (PE)
CNS: 705201419861577 Doc. Identificação: Nasc.: 22/05/1984 Idade: 35
Telefone: (87) 999264100 Telefone: (87) 999940634

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente vítima de queda de moto h: 07h. Refere dor em [illegible], perda de consciência e dor torácica.
A: VIS zero para, 2 dis amas
[illegible] em BOAE, S/RA
C: RCR, BNF, 2 bulhas
D: ECG: 15, [illegible]
E: Feito Escoriações em couro cabeludo, ombro e [illegible] e [illegible]
HD: Politrauma
CD: TC de crânio e tórax
Avaliação de [illegible]

UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
05/08/2019

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
SIAPE nº 2082

Retorno Ortopedia em 1 dia
Cd: RX de Tórax no leito
Avaliação de Ortopedia

Dr. [illegible] G. [illegible]
CRM-PE 16971

* ortopedia 17.06.19 05:52 h
- Paciente com fraturas em arcos costais (D), [illegible] e edema em topografia de Clavícula (D)
- RX tórax → Fract. diafisário de clavícula (não [illegible] realizado por completo).
- RX ombro (D)
- Reavaliação após

Dr. [illegible] Ortopedia e Traumatologia CRM-PE [illegible]
SOVITAT
Ass. Paciente

Saída: __/__/__ Hora:

Data de Impressão: 17/06/2019 Hora: 01:40

05.802.494/0001-41
CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, SL 902
Boa Vista - CEP: 50.060-01
RECIFE-PE

17/06/19

10:30h Ao Pa. Fisio: Cláudia

Pt com fraturas de

Clavícula. Consultorias

- Tórax ok

Ortopedia

- Pa. assintomático

No momento Hospitalar

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
SIAPE: 219.2962

HU - UNIVASF
COMPARE COM O ORIGINAL
Data: 05/08/2019

Dr. João Paulo Dionísio
Médico - Ortopedia / Reumatologia
CRM-PE 18601 CRM-BA 30793

17/06/19 - 13:00 # Cirurgia Geral #

Paciente consciente e orientado, responsivo, se queixa de dor em MSD e em local do dreno.

AR: MV ⊕ em AHT, reduzido a Direita

Dreno de tórax funcionante, oscilando, líquido hemático.

Cd: Libera dieta branda
mantenha prescrição
mantenha dreno de tórax
Encaminha à enfermaria de cirurgia geral

Dr. Pa. Jose [illegible] Gomes
Cirurgia Geral - HU
CRM-PE

05.802.494/0001-91
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome:	EDILSON DOS SANTOS FERREIRA	Chegada:	17/06/2019 01.33.10
Sexo:	MASCULINO	Idade:	35
Transporte:	MEIOS PRÓPRIOS	Data de Nascimento:	22/05/1984

Classificação de Risco

Queixa Principal:	queda de moto há 7 horas. trauma em região cefálica, mmss, mmii.						
Fluxograma:	trauma cranioencefálico			Discriminador: dor moderada			
Parâmetros:	Glicemia Capilar	101		Escala de Coma de Glasgow:		15	
	Pulso		Ritmo:			Sat O2 (%):	
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:	4		PA	

Prioridade Clínica:		EMERGENTE VERMELHA 0 minutos		MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos		NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos		BRANCO

Fluxo Interno:	cirurgião				
Classificador:	ERICK BRUNO BARROS ALVES	COREN / CRM:	346955	Hora de Início CH: 17/06/2019 01.33.34	Hora de Fim CH: 17/06/2019 01.36.17

Reclassificação

Queixa Principal:							
Fluxograma:				Discriminado			
Parâmetros:	Glicemia Capilar			Escala de Coma de Glasgow:			
	Pulso		Ritmo:			Sat O2 (%):	
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:			PA	

Prioridade Clínica:		EMERGENTE VERMELHA 0 minutos		MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos		NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos		BRANCO

Fluxo Interno:					
Classificador:		COREN / CRM:		Hora de Início CH:	Hora de Fim CH:

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 05/08/2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
19 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
SIAPE: 219.2962

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇAO ADICIONAL DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Junho/2019

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS
2 - CNES: 6042414
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS
4 - CNES: 6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
6 - ACOMPANHANTE:
7 - PRONTUÁRIO: 51507655
8 - CNS: 705201419861577
9 - RG:
10 - CPF: 5676710462
11 - NASCIMENTO: 22/05/1984
12 - SEXO: M
13 - RAÇA/COR: PARDA
14 - REGULAVEL: NÃO
15 - NOME DA MÃE: MARIA ROSA DOS SANTOS FERREIRA
16 - TELEFONE DE CONTATO: (87) 999264100
17 - NOME DO RESPONSÁVEL:
18 - ETNIA:
19 - TELEFONE DE CONTATO:
20 - ENDEREÇO: RUA CLEMETINO COELHO, nº 60 - IZACOLANDIA
21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: PETROLINA
22 - CÓD IBGE: 2611101
23 - UF: PE
24 - CEP: 563001

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

25 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Queda de moto, dor torácica

HU - UNIVASF
Cópia fiel do original
05/08/2019

26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessidade de drenagem de tórax

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH

27 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Tc de tórax

28 - DIAGNÓSTICO INICIAL: HEMOTÓRAX TRAUMÁTICO
29 - CID 10 PRINCIPAL: S27.1
30 - CID 10:
31 - CID 10 C. ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA
33 - CÓD. PROCEDIMENTO: 412040166
34 - CLÍNICA:
35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
36 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
37 - N. DOCUMENTO (CNS CPF) DO PROF. SOL./ASSISTENTE: 4821958497
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: GUSTAVO GOMES MARQUES
39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 17/06/2019
40 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO): 18811PE/CREMEPE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

41 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
42 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
43 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
44 - CNPJ DA SEGURADORA:
45 - N. BILHETE:
46 - SÉRIE:
47 - CNPJ EMPRESA:
48 - CNAE EMPRESA:
49 - CBOR:
50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

51 - NOME PROF. AUTORIZADOR:
52 - CNS PROF. AUTORIZADOR: 7613/PE
53 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
54 - CÓDIGO (NOME) CONSELHO:
55 - DATA AUTORIZAÇÃO:
56 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 2C1 910639 033-0

Secretaria de Saúde do Município de Petrolina
CNS 2099861603
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ 10.424.000/0001-41

TRANSAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
18 OUT 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.
RECIFE-PE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UNIVASF

EQUIPE DE CIRURGIA GERAL

PACIENTE: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

PRONTUÁRIO : 51507655

PROCEDIMENTO: DRENAGEM TÓRACICA À DIREITA

DIAGNÓSTICO: PNEUMOTÓRAX À DIREITA

CIRURGIÃO: DR. GUSTAVO MARQUES

ANESTESISTA: LOCAL

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
data: 05/08/2019

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
SIAPE: 219.2662

DESCRIÇÃO CIRURGICA

1 – PACIENTE EM DDH

2 – ANTISSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3- ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAINA

3 – REALIZADA INCISÃO TRANSVERSA EM 5º ESPAÇO INTERCOSTAL DIREITO, ENTRE A LINHA AXILIAR ANTERIOR E MÉDIA, DISSECÇÃO POR PLANOS E ACESSO A CAVIDADE TORÁCICA COM SAÍDA IMEDIATA DE AR

5 – FIXADO DRENO NUMERO 32 COM NYLON 0 E OBTIDA BOA OSCILAÇÃO + ESCAPE AÉREO

6 – CURATIVO LOCAL

7 – SAO2 FINAL DE 98%

8- SOLICITADO RAIO X DE TÓRAX

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/ Edilson Dos Santos Ferreira **Prontuário:** 5150765/5
Idade: 35 anos **Sexo:** Masculino **Leito:** 205A
Data Internação: 17/06/2019 **Data Alta:** 19/06/2019 **Permanência:** 2 dias
Convênio: Sus
Equipe responsável: Luis Enrique Maurera Almeida

Hu Univasf

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da Internação
fratura da clavícula (s42.0)
pneumotórax traumático (s27.0)
Diagnóstico principal na Alta
Pneumotórax traumático (S27.0)
Diagnósticos secundários
Fratura da clavícula (S42.0)

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Cirurgias realizadas
17/06/2019 Toracotomia com drenagem fechada
Outros procedimentos
18/06/2019 Fisioterpia Respiratória

4. EVOLUÇÃO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 7H DA ADMISSÃO, EM USO DE BEBIDA ALCOOLICA E PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIENCIA. AO EXAME ADMISSIONAL ENCONTRAVA-SE ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EM REGULAR ESTADO GERAL, ECG: 15, PELVE ESTÁVEL E ABDOME INDOLOR. REFERIU DOR TORÁCICA VENTILATÓRIO-DEPENDENTE E DOR EM OMBRO DIREITO, ASSOCIADO A EDEMA LOCAL. REALIZOU TC E RX DE TORAX NOS QUAIS FORAM EVIDENCIADOS PNEUMOTÓRAX E FRATURA DE CLAVÍCULA, AMBOS À DIREITA. FOI SUBMETIDO A DRENAGEM DE TÓRAX COM BOA OSCILAÇÃO E ESCAPE AÉREO. FOI REALIZADO RX DE TÓRAX DE CONTROLE APRESENTANDO SATISFATÓRIA EXPANSÃO PULMONAR. PACIENTE FOI AVALIADO PELA ORTOPEDIA E MANTIDA CONDUTA CONSERVADORA QUANTO A FRATURA DE CLAVÍCULA, SEM ABORDAGEM CIRURGICA, SOLICITADO ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO DA ORTOPEDIA APÓS ALTA. NO MOMENTO O PACIENTE SEGUE ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO, SEM INTERCORRÊNCIAS APÓS RETIRADA DO DRENO, COM DEJEÇÕES PRESENTES E BOA ACEITAÇÃO DE DIETA, EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR.

PROGRAMAÇÃO APÓS A ALTA:

1. COMPARECER A EMERGÊNCIA DO HOSPITAL EM CASOS DE INTERCORRÊNCIAS (FEBRE, DOR TORÁCICA, DESCONFORTO RESPIRATÓRIO OU QUEDA DO ESTADO GERAL).
2. FAZER USO DE MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.
3. NÃO REALIZAR VIAGENS DE AVIÃO E NÃO REALIZAR MERGULHOS DURANTE 45 DIAS.
4. MARCAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA GERAL NA POLICLÍNICA DA UNIVASF EM 15 DIAS.
5. ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA, MARCAR CONSULTA NA POLICLÍNICA DA UNIVASF.

10/07/19 12:30

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta
Alta médica
Recomendações da Alta
Encaminhamento ao ambulatório do hospital 05/07/19 07:00

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

Dr. Tércio Coelho
Médico
CRM-PE: 26822

Identificação

HUNIVASF
EBSERH

Sumário de Alta

Edilson Dos Santos Ferreira
Leito: 205A
5150765/5

05.802.494/0001-41
ADMINISTRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Sumário de Alta

folha: 2 / 2

19/05/2019, 08:30 h. — Dr. TERCIO LUIZ FERREIRA COELHO CREMEPE 26922PE

Identificação

HUMAF

Sumário de Alta

Edilson Dos Santos Ferreira

Leito: 205A

5150765/5

TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41

18 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista
RECIFE-PE

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL DE UNIVERSITÁRIO
DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

UNIVASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

IDENTIFICAÇÃO: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
PRONTUÁRIO: 5150765/5
DATA DA ADMISSÃO: 17/06/2019 DATA DA ALTA: 19/06/2019

CIRURGIA GERAL

RESUMO DE ALTA

DIAGNÓSTICO:
1. PO DE DRENAGEM DE TÓRAX À DIREITA SEC A PNEUMOTORAX (17/06/19)
2. FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

RESUMO: PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 7H DA ADMISSÃO, EM USO DE BEBIDA ALCOOLICA E PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIENCIA. AO EXAME ADMISSIONAL ENCONTRAVA-SE ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EM REGULAR ESTADO GERAL, ECG: 15, PELVE ESTÁVEL E ABDOME INDOLOR. REFERIU DOR TORÁCICA VENTILATÓRIO-DEPENDENTE E DOR EM OMBRO DIREITO, ASSOCIADO A EDEMA LOCAL. REALIZOU TC E RX DE TORAX NOS QUAIS FORAM EVIDENCIADOS PNEUMOTÓRAX E FRATURA DE CLAVÍCULA, AMBOS À DIREITA. FOI SUBMETIDO A DRENAGEM DE TÓRAX COM BOA OSCILAÇÃO E ESCAPE AÉREO. FOI REALIZADO RX DE TÓRAX DE CONTROLE APRESENTANDO SATISFATÓRIA EXPANSÃO PULMONAR. PACIENTE FOI AVALIADO PELA ORTOPEDIA E MANTIDA CONDUTA CONSERVADORA QUANTO A FRATURA DE CLAVÍCULA, SEM ABORDAGEM CIRURGICA, SOLICITADO ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO DA ORTOPEDIA APÓS ALTA. NO MOMENTO O PACIENTE SEGUE ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO, SEM INTERCORRÊNCIAS APÓS RETIRADA DO DRENO, COM DEJEÇÕES PRESENTES E BOA ACEITAÇÃO DE DIETA, EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR.

PROGRAMAÇÃO APÓS A ALTA:

1. COMPARECER A EMERGÊNCIA DO HOSPITAL EM CASOS DE INTERCORRÊNCIAS (FEBRE, DOR TORÁCICA, DESCONFORTO RESPIRATÓRIO OU QUEDA DO ESTADO GERAL).
2. FAZER USO DE MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.
3. NÃO REALIZAR VIAGENS DE AVIÃO E NÃO REALIZAR MERGULHOS DURANTE 45 DIAS.
4. MARCAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA GERAL NA POLICLÍNICA DA UNIVASF EM 15 DIAS.
5. ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA, MARCAR CONSULTA NA POLICLÍNICA DA UNIVASF.

Dr. Tárcio Coelho
Médico
CRM-PE: 26922

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 OUT 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PETROLINA, 19 DE JUNHO DE 2019.

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL DE UNIVERSITÁRIO
DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

UNIVASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

IDENTIFICAÇÃO: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
PRONTUÁRIO: 5150765/5
DATA DA ADMISSÃO: 17/06/2019 DATA DA ALTA: 19/06/2019

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO NESTE SERVIÇO NO PERÍODO DE 17/06/19 A 19/06/19. NECESSITANDO DE 15 (QUINZE) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Dr. Tarso Coelho
Médico
CRM-PE: 26122

PETROLINA, 19 DE JUNHO DE 2019.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
1 8 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇAO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Junho/2019

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS
2 - CNES: 6042414
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS
4 - CNES: 6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
6 - ACOMPANHANTE:
7 - PRONTUÁRIO: 51507655
8 - CNS: 706201419861577
9 - RG:
10 - CPF: 5676710462
11 - NASCIMENTO: 22/05/1984
12 - SEXO: M
13 - RAÇA/COR: PARDA
14 - REGULAVEL: NÃO
15 - NOME DA MÃE: MARIA ROSA DOS SANTOS FERREIRA
16 - TELEFONE DE CONTATO: (87) 999254100
17 - NOME DO RESPONSÁVEL:
18 - ETNIA:
19 - TELEFONE DE CONTATO:
20 - ENDEREÇO: RUA CLEMETINO COELHO, nº 60 - IZACOLANDIA
21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: PETROLINA
22 - CÓD IBGE: 2611101
23 - UF: PE
24 - CEP: 563001

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

25 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Queda de moto, dor torácica

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
05/08/2019

26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessidade de drenagem de tóracica

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH

27 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Tc de tórax

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

28 - DIAGNÓSTICO INICIAL: HEMOTÓRAX TRAUMÁTICO
29 - CID 10 PRINCIPAL: S27.1
30 - CID 10:
31 - CID 10 C. ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA
33 - COD. PROCEDIMENTO: 412040166
34 - CLÍNICA:
35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
36 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
37 - N. DOCUMENTO (CNS CPF) DO PROF. SOL./ASSISTENTE: 4821956497
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: GUSTAVO GOMES MARQUES
39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 17/06/2019
40 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO): 18911PE/CREMEPE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

41 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
42 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
43 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
44 - CNPJ DA SEGURADORA:
45 - N. BILHETE:
46 - SÉRIE:
47 - CNPJ EMPRESA:
48 - CNAE EMPRESA:
49 - CBOR:
50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

51 - NOME PROF. AUTORIZADOR:
52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROF. AUTORIZADOR: CNS 700508510003 CRM 7513/PE
53 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
54 - CARIMBO (NOME DO CONSELHO):
55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 17/06/19
56 - ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR:
57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 2619100639 033-0

Prefeitura Municipal de Petrolina
Secretaria de Saúde
SUS

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL DE UNIVERSITÁRIO
DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

UNIVASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

IDENTIFICAÇÃO: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
PRONTUÁRIO: 5150765/5
DATA DA ADMISSÃO: 17/06/2019 **DATA DA ALTA: 19/06/2019**

CIRURGIA GERAL

RESUMO DE ALTA

DIAGNÓSTICO:
1. PO DE DRENAGEM DE TÓRAX À DIREITA SEC A PNEUMOTORAX (17/06/19)
2. FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

RESUMO: PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 7H DA ADMISSÃO, EM USO DE BEBIDA ALCOOLICA E PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIENCIA. AO EXAME ADMISSIONAL ENCONTRAVA-SE ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EM REGULAR ESTADO GERAL, ECG: 15, PELVE ESTÁVEL E ABDOME INDOLOR. REFERIU DOR TORÁCICA VENTILATÓRIO-DEPENDENTE E DOR EM OMBRO DIREITO, ASSOCIADO A EDEMA LOCAL. REALIZOU TC E RX DE TORAX NOS QUAIS FORAM EVIDENCIADOS PNEUMOTÓRAX E FRATURA DE CLAVÍCULA, AMBOS À DIREITA. FOI SUBMETIDO A DRENAGEM DE TÓRAX COM BOA OSCILAÇÃO E ESCAPE AÉREO. FOI REALIZADO RX DE TÓRAX DE CONTROLE APRESENTANDO SATISFATÓRIA EXPANSÃO PULMONAR. PACIENTE FOI AVALIADO PELA ORTOPEDIA E MANTIDA CONDUTA CONSERVADORA QUANTO A FRATURA DE CLAVÍCULA, SEM ABORDAGEM CIRURGICA, SOLICITADO ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO DA ORTOPEDIA APÓS ALTA. NO MOMENTO O PACIENTE SEGUE ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO, SEM INTERCORRÊNCIAS APÓS RETIRADA DO DRENO, COM DEJEÇÕES PRESENTES E BOA ACEITAÇÃO DE DIETA, EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR.

PROGRAMAÇÃO APÓS A ALTA:

1. COMPARECER A EMERGÊNCIA DO HOSPITAL EM CASOS DE INTERCORRÊNCIAS (FEBRE, DOR TORÁCICA, DESCONFORTO RESPIRATÓRIO OU QUEDA DO ESTADO GERAL).
2. FAZER USO DE MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.
3. NÃO REALIZAR VIAGENS DE AVIÃO E NÃO REALIZAR MERGULHOS DURANTE 45 DIAS.
4. MARCAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA GERAL NA POLICLÍNICA DA UNIVASF EM 15 DIAS.
5. ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA, MARCAR CONSULTA NA POLICLÍNICA DA UNIVASF.

Dr. Tércio Coelho
Médico
CRM-PE: 25922

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PETROLINA, 19 DE JUNHO DE 2019.

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL DE UNIVERSITÁRIO
DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

UNIVASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

IDENTIFICAÇÃO: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
PRONTUÁRIO: 5150765/5
DATA DA ADMISSÃO: 17/06/2019 DATA DA ALTA: 19/06/2019

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO NESTE SERVIÇO NO PERÍODO DE 17/06/19 A 19/06/19. NECESSITANDO DE 15 (QUINZE) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Dr. Tércio Coelho
Médico
CRM-PE: 26122

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

PETROLINA, 19 DE JUNHO DE 2019.

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL DE UNIVERSITÁRIO
DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

UNIVASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

IDENTIFICAÇÃO: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
PRONTUÁRIO: 5150765/5
DATA DA ADMISSÃO: 17/06/2019 **DATA DA ALTA: 19/06/2019**

LAUDO MÉDICO

ATESTO QUE O PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO NESTE SERVIÇO NO PERÍODO DE 17/06/19 A 19/06/19. NECESSITANDO DE 15 (QUINZE) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Dr. Marcio Costa
Médico
CRM-SE: 6322

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PETROLINA, 19 DE JUNHO DE 2019.

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL DE UNIVERSITÁRIO
DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

UNIVASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

IDENTIFICAÇÃO: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
PRONTUÁRIO: 5150765/5
DATA DA ADMISSÃO: 17/06/2019 **DATA DA ALTA: 19/06/2019**

RECEITUÁRIO

ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA.

MOTIVO: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Dr. Tercio Coelho
Médico
CRM-PE: 26922

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

PETROLINA, 19 DE JUNHO DE 2019.

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL DE UNIVERSITÁRIO
DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

UNIVASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

IDENTIFICAÇÃO: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
PRONTUÁRIO: 5150765/5
DATA DA ADMISSÃO: 17/06/2019 **DATA DA ALTA: 19/06/2019**

RECEITUÁRIO

VIA ORAL

1. DIPIRONA 500 MG ———————————— 01 CAIXA
   TOMAR 02 COMPRIMIDOS, DE 06/06 HORAS, SE DOR.
2. METOCLOPRAMIDA 10 MG ———————————— 01 CAIXA
   TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 8/8 HORAS, SE NAÚSEAS OU VÔMITOS.

Dr. Tércio Coelho
Médico
CRM-PE: 26922

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PETROLINA, 19 DE JUNHO DE 2019.

Sesau Secretaria de Saúde Lagoa Grande SUS

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME: REGISTO Nº

Paciente Edilson dos Santos Ferreira, vítima de queda de moto em 16/06/2019 foi socorrido para o HU de Petrolina com queixa de dores fortes em região torácica, conclusão de diagnóstico: fratura de clavícula direita e pneumotorax traumático direito, foi realizado procedimento de drenagem torácica.

O mesmo realizou todo tratamento proposto porém apresenta sequelas com características permanente; sequelas funcionais adquiridas: desconforto respiratório, amplitude de movimento diminuída.

DATA: 17/09/2019

Izabela Gomes de Sá Medeiros
Fisioterapeuta
CREFITO 264926-F

ASSINATURA E CARIMBO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

força diminuída, L4 com alta definitiva, sem condição de colocar em prática suas atividades do lido diária.

CID: J94.2

Izabela Gomes de Sá Medeiros
Fisioterapeuta
CREFITO 264926-F

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
CPF - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Edilson dos Santos Ferreira

2.173.894 — 28-07-1977

EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

Antonio Nunes Ferreira

Maria Rosa dos Santos Ferreira

Serra Talhada - PE — 22-05-1984

Cart.Nasc.1744,Fls.287,Liv.A-2,
São José de Belmonte-PE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
656.767.104-82

Nome
EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

Nascimento
22/05/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
A096.46A5.7984.14A1

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:35:58 do dia 30/10/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL — IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

DATA DE NASCIMENTO: 22/05/1984
INSCRIÇÃO: 0649 2648 0817
ZONA: 144
SEÇÃO: 0195

MUNICÍPIO/UF: PETROLINA/PE
DATA DE EMISSÃO: 25/02/2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

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

NOME
MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
3907844 SSP PE

CPF
772.869.954-72

DATA NASCIMENTO
09/02/1972

FILIAÇÃO
JOSE IBANEZ DE CARVALHO
DALVA MARIA ALBUQUERQUE DE CARVALHO

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
01697311358

VALIDADE
05/05/2021

1ª HABILITAÇÃO
26/09/1991

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
12239988555

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
06/05/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

56393324941
PE072598298

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
12239988555

THOMAS GREG & SONS

05.802.919/0001-04
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DENATRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - BA **Nº 014925923176**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

0 8 2 6 1 9 6 1 7 9 8 0

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
01	00531956121		2019

NOME: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

MOTOR: [illegible]

CPF/CNPJ	PLACA
056.76[illegible].104-62	OHJ0A41

PLACA ANT/UF	CHASSI
OHJ0001/BA	9C2JC411[illegible]/[illegible]1

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 125 FAN KS	2012	2013

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
002/7/0125	PARTICC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
		1ª
		2ª
		3ª

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			PAGO

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

LOCAL		DATA
JUAZEIRO	BA	06/05/2019

CONTRAN

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

BA Nº 014925923176 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	06/05/2019

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
01	056.76[illegible].104-62	OHJ0A41

RENAVAM	MARCA/MODELO
00531956121	HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB	CAT. MAR.	Nº CHASSI
2012	09	9C2JC411[illegible]/[illegible]1

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
36,04	4,00	40,07

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
4,15	0,32	44,55

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	02/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

CONTRAN DENATRAN

07-2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190537789 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA **Data do acidente:** 16/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
TRAUMA TORÁCICO
PNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR- OMBRO DIREITO (P.8,10)
TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM TORÁCICA (P.8)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190537789 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA **Data do acidente:** 16/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
TRAUMA TORÁCICO
PNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR- OMBRO DIREITO (P.8,10)
TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM TORÁCICA (P.8)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
RG/CNH/CTPS: 2.173.094 **CPF:** 056.767.104-62
End: RUA DR. OSVALDO CRUZ, 201 - IBACOLANDIA
PETROLINA - PE

Outorgado: MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO
RG/CNH/CTPS: 3907844 **CPF:** 772.869.954-72
End: RUA CANAFISTOLA - 226 - ARTIA BRANCA
PETROLINA - PE

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT,** que figura como **vítima:** EDILSON DOS SANTOS FERREIRA - NATUREZA INVALIDEZ
DATA ACIDENTE: 16.06.2019

PETROLINA, 01 de JULHO de 2019

RECONHEÇO

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE LAGOA GRANDE
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Lagoa Grande, 1 de julho de 2019.
Em testemunho da verdade
Brasilina Freire Lima dos Santos 2º Subst.
LAGOA GRANDE - PE
Selo nº 0075742.VI06.2019.S.0100
CNPJ: 04.855.050/0001-34

2º Subscritura
02.494/0001-41
AÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 19
Av. da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323078/19

Vítima: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

Data do acidente: 16/06/2019

CPF: 056.767.104-62

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

EDILSON DOS SANTOS FERREIRA : 056.767.104-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 18/09/2019 Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO CPF: 772.869.954-72	Data do cadastramento: 18/09/2019 Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso CPF: 115.938.994-24
MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO	Steffany Caroliny Lins Veloso

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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190537789 **Vítima: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA**

Data do Acidente: 16/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190537789 **Vítima: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA**

Data do Acidente: 16/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190537789 **Vítima: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA**

Data do Acidente: 16/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 19/06/2019, emitido pelo Dr. TÉRCIO COELHO CRM nº 26822 - PE, da Instituição HOSPITAL UNIVERSITÁRIO- UNIVASF, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190537789 **Vítima: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA**

Data do Acidente: 16/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190537789 **Vítima: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA**

Data do Acidente: 16/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 056 767 104-62

4 - Nome completo da vítima: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

6 - CPF: 056 767 104-62

7 - Profissão: AGRICULTOR

8 - Endereço: R. DR. OSVALDO CRUZ

9 - Número: 201

10 - Complemento:

11 - Bairro: DACOLANDIA

12 - Cidade: PETROLINA

13 - Estado: PE

14 - CEP: 56300-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD): (87) 9950243 68

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 2296 (9) (informar o dígito se existir) CONTA: 0300433 (3) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a)(s)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

05.802.494/000-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 18 SET 2019 Rua da Aurora, Nº 1750 Boa Vista - CEP 50070-000 RECIFE-PE

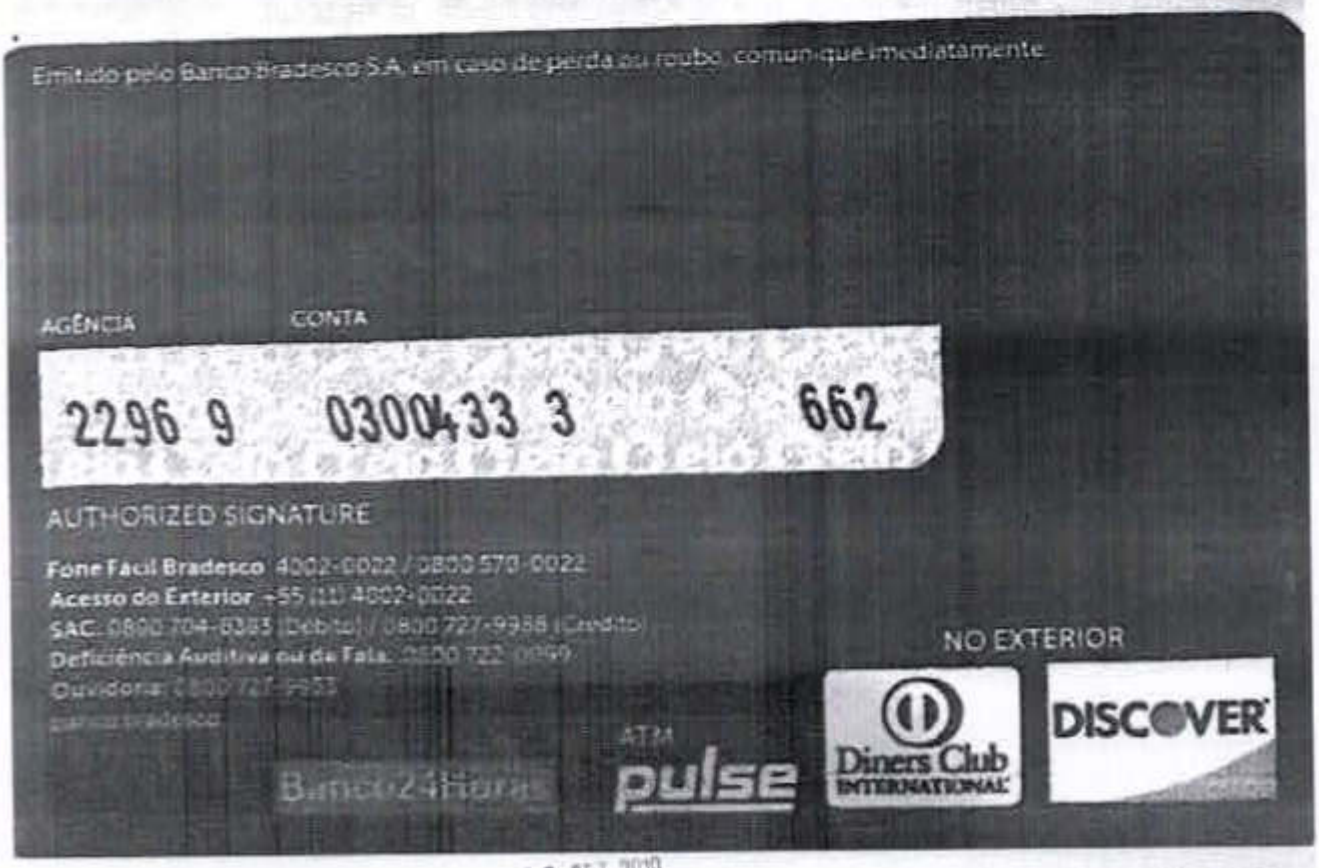
40 - Local e Data: PETROLINA, 28 de JUNHO de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



18 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0304002420

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/07/2019** às **12:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **16/6/2019** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 01, BR 428 DISTRITO DE IZACOLANDIA** - Bairro: **ZONA RURAL** - **PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
EDILSON DOS SANTOS FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

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

EDILSON DOS SANTOS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ROSA DOS SANTOS FERREIRA** Pai: **ANTONIO MARQUES FERREIRA** Data de Nascimento: **22/5/1984** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2173094/SSP/DF (RG), 05676710462 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **087999264100**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 201, RUA DR OSVALDO CRUZ, DISTRITO DE IZACOLANDIA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA (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): **EDILSON DOS SANTOS FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILSON DOS SANTOS FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **OHJ0A41** (BAHIA/JUAZEIRO) Renavam: **531956121**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA FAN 125 PLACA OHJ0A41**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 OUT 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Complemento / Observação

ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE EDILSON DOS SANTOS NOTICIANDO QUE NO HORARIO E DATA ACIMA DESCRITOS TRANSITAVA PELA RODOVIA BR 428 QUANDO UM ANIMAL ATRAVESOU EM SUA FRENTE E O MESMO PERDEU O CONTROLE DO VEICULO VINDO A CAIR, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DO MUNICIPIO DE LAGOA GRANDE, NO MAIS ENCERRO O PRESENTE REGISTRO.

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

EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
(VITIMA)

Polícia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia de Petrolina
214ª Circunscrição

B.O. registrado por: **RAFAEL FREIRE DA SILVA** - Matrícula: **3869652**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	056 767 104-62	EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
6 - CPF: 056 767 104-62
7 - Profissão: AGRICULTOR
8 - Endereço: R. DR. OSVALDO CRUZ
9 - Número: 201
10 - Complemento:
11 - Bairro: DACOLANDIA
12 - Cidade: PETROLINA
13 - Estado: PE
14 - CEP: 56300-000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): (87) 99502 4368

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2296 (9) CONTA: 0300433 (3)
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
1-8 SET 2014
Rua da Aurora, Nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP 50.070-000
RECIFE-PE

40 - Local e Data: PETROLINA, 28 de junho de 2014

41- Assinatura da Vítima/Beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal José Henrique de Lima
FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Registro Nº 12.543
Data: 16/06/19
Hora: 18:00

Quarta 035

SUS

Nome: Edilson dos Santos Ferreira
Pai: Antonio Marques Ferreira
CNS: //
Mãe: Maria Rosa dos Santos Ferreira
Naturalidade: Serra Talhada
Sexo: M
D.N.: 20/05/84
Idade: 35a
Estado Civil: Casado
Profissão: agricultor
Endereço: Av. Clementino Coelho - Tiacolandia
Fone:
Cid. de: Petrolina
Estado: PE
Procedência: SP.
RG: //
Certidão de Nascimento: —x—
Informante: Irmã
Parentesco: irmã
Queixas do Paciente: Queda de moto
Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Obstétrico Hora:
Situação de Destino: ☐ Sala de Medicação ☐ Sala Vermelha ☐ Sala de Curativo ☐ Raio X ☐ Enfermaria

Histórico da Doença Atual:
Vítima de acidente motociclístico após consumo de bebida alcoólica. Nega sincope ou vômito. Sofreu corte em couro cabeludo.
Refere dor em ombro

Exame Físico: PA: Pulso: Temperatura: Peso:
BCV s AA. NDN

Exames Solicitados/ Realizados: Rx de ombro

Diagnóstico Provisório: Corte em couro cabeludo

Identificação do Médico: Médico - CREMEPE

05.802.594/0001-42
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA.
10 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Prescrição e Evolução Clínica (Anotar Data e Hora)

Diagnóstico de Emp. IM
Amputação + retorno da ação
Vacina DT
Administração por Gê

Feito
18:40

Adriana Martins Rocha
Médica
CRM-PE 24153
CRM-BA 30224

Paciente estava de alternativas, apresentando vertigem, estável hemodinamicamente, Glasgow 15, referindo dor em regiões de clavícula (E) formigueira, mesmo após serem orientados preferiram levar o paciente p/ unidade de referência por conta própria

Guilherme Ribeiro da Silva

Causas Externas de Morbidade e Mortalidade Sim ( ) Não ( ) (CID 10: _____

Procedimento Executado

- [ ] Consulta Consultado com Terapia
- [ ] Retirada de Corpo Estranho
- [ ] Outros:
- [ ] Consulta com observação Até _____
- [ ] Drenagem de Abcesso
- [ ] Sutura Simples
- [ ] Pequena Cirurgia

Destino de Paciente

- [ ] Internamento
- [ ] Residência
- [ ] Óbito
- [ ] Transferência (Motivo): _____

Identificação do Médico

Médico - CREMEPE

05.802.4[illegible]001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 [illegible]
Rua da Aurora, Nº 175, SL 402 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

TIM S.A.
Av.Marechal Mascarenhas Morais 4270
FREGUD AFOGADOS-Imbiribeira-Recife - PE
CNPJ: 02.421.421/0013-45 - I.E.: 0265614-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

TIM

R$ 25,72

VENCIMENTO
07/06/2019

EMISSÃO: 14/05/2019
POSTAGEM: 24/05/2019
FATURA: 3812892962

CLIENTE: 134651119

CPF/CNPJ: 05676710462

ACESSO: 87 99926-4100

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000134651119015

EDILSON DOS SANTOS FERREIRA
DOUTOR OSVALDO CRUZ, 201
IZACOLANDIA
56300-000 - PETROLINA - PE

IMPORTANTE PARA EDILSON

RESUMO DA SUA CONTA DE 14/ABR A 13/MAI

Serviços TIM S.A.	VALOR
Franquia Liberty ControleWhatsApp: 87999264100 (082/POS/SMP)	R$ 24,99
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R$ 0,73

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
Franquia Liberty ControleWhatsApp: 87999264100 (082/POS/SMP)	-	-	1	-	-	24,99
					Total de Mensalidades	24,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
JUROS: (VENC 07/04/19, PAGO EM 06/05/19)	-	-	1	-	-	0,24
MULTAS: (VENC 07/04/19, PAGO EM 06/05/19)	-	-	1	-	-	0,49
					Total de Outros Créditos e Débitos	0,73

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

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

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR
ICMS	30%	R$ 24,99	R$ 7,50
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%		
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	4,65%		

FUST: R$ 0,17
FUNTTEL: R$ 0,06

Em atendimento à Lei 12.715/2012
As contribuições ao FUST (1%) e FUNTTEL (0,5%) não são repassadas ao tesouro

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
Incluídos no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R$ 24,99
SVA	R$ 0,00
Quantidade Franquia(s)	R$ 0,00
Quantidade SVA	R$ 0,00

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE