

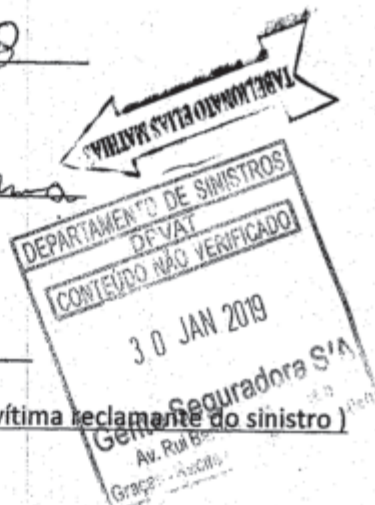
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Abdias Francisco de Lima,
RG nº 3789293, data de expedição 46/03/2017
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 906 419 784-92, com
domicílio na cidade de Escada, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua da Mangueira, nº 295,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Marcelo Rodrigues cujo o condutor era

Jose Marcelo Rodrigues
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda 160 150 autam
Ano: 2005
Placa: KHA-3193
Chassi: 90KCO8205R044390
Data do Acidente: 30/08/2017
Local e Data: ESCADA 18.12.2018

Abdias Francisco de Lima
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO

TABELIÃO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTO: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS

Reconheço a firma por autenticidade de: 18/12/2018 17:23:16
ABDIAS FRANCISCO DE LIMA, don. fe.
Em testemunho da verdade.
Elias Mathias dos Santos - Tabelião
Selo Digital N.º 0077594.HDX11201601.00534
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital

AV. DR. JOSÉ HENRIQUE, 505 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.500-000 - TEL: (81) 3534-1258 / 3712



1. Identificação:

Nome: JOSE MARCELO RODRIGUES
CNS: 898002966521052 Data Nascimento: 25/08/73 Sexo: ☒ M ☐ F
End.: R. AUGUSTO CABA CANTO, 508
Bairro: SAGUARIPE Cidade: ESCADA UF: PE
Procedência: _____

2. Queixa principal e História da doença atual:

3. Antecedentes Pessoais:

☐ Cardiopatias ☐ Doenças Degenerativas ☐ Tabagismo ☐ Obesidade
☐ DM ☐ Distúrbios Psiquiátricos ☐ Alcoolismo ☐ Alergias
☐ HAS ☐ Tuberculose ☐ Outras _____

4. Uso de Medicamentos: ☐ Sim ☐ Não

5. Exame Físico:

5.1 Estado Geral:

☐ Hidratado ☐ Afebril ☐ Febril ☐ Temperatura: _____ °C
☐ Desidratado ☐ Normocorado ☐ Acianótico ☐ Anictérico
☐ Anasarca ☐ Hipocorado ☐ Cianose ☐ Icterícia
☐ Hipercorado ☐ Palidez

5.2 Avaliação Neurológica: (Nível de Consciência):

☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso
☐ Desorientado ☐ Orientado ☐ Semiháncose

Pupilas:

☐ Fotorreagentes ☐ Anisocoria: _____
☐ Isocoria ☐ Miose
☐ Midríase

Escala de Coma de Glasgow: _____ pontos.

Abertura ocular _____ Resposta verbal _____ Resposta motora _____

5.3 Sistema Respiratório: FR _____ ipm

☐ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Máscara ☐ TOT ☐ Traqueostomia
O₂ suplementar _____ 1/min. ☐ Cateter Nasal ☐ Macronebulização

Expansibilidade Torácica Conservada: ☐ Sim ☐ Não Local: _____

Murmúrios Vesiculares: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local: _____

Ruídos Adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepítantes Local: _____

Tosse: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Seca ☐ Produtiva Aspecto de secreção: _____

5.4 Sistema Cardiovascular:

FC _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg

Ritmo cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular Ausculta: _____

Pulsos: ☐ Filiforme ☐ Cheio

Uso de drogas vasoativas: ☐ Não ☐ Sim: _____

Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção ☐ NPT

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Plano
☐ Globoso ☐ Ascítico

Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Normais ☐ Flatos

☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Êmese ☐ Presente ☐ Ausente

Aspecto: _____

5.6 Sistema Geniturinário:

Diurese: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA
☐ Cistostomia ☐ Dispositivo Urinário

Aspecto: _____

☐ Hemodiálise ☐ Diálise peritoneal

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☐ Ativa ☐ Passiva

Movimentos Conservados: ☐ Sim ☐ Não

Goteira: ☐ Sim ☐ Não Membro: _____

Força motora: Conservada ☐ Sim ☐ Não Local: _____

5.8 Necessidades Psicossociais:

Atitudes: ☐ Cooperativo ☐ Não Cooperativo ☐ Agitado ☐ Choro
☐ Calmo ☐ Ansioso

5.9 Curativo

Tipo de Curativo: ☐ FO ☐ Úlcera de Pressão ☐ Outros Local: _____

Aspecto de curativo: ☐ Limpo ☐ Sujo

Aspecto exudato: ☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento
☐ Serosanguinolento ☐ Piosanguinolento

Estado Geral: ☐ Grave ☐ Regular ☐ Bom



Horário de Atendimento: 07:30 hs.

Enfermeiro / COREN _____

6.0 Atendimento Médico

Horário de Atendimento: _____ hs.

6.1 Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente com quadro de insuficiência cardíaca, com dispnéia, ortopnéia, edema de membros inferiores, com dificuldade de mobilização.

6.2 Diagnóstico Inicial:

Insuficiência cardíaca congestiva, com dispnéia, ortopnéia, edema de membros inferiores, com dificuldade de mobilização.

Seguradora SIA
3 - Rua 745 Loja 5
S - Recife - PE - CEP: 52011-040

6.3 Conduta:

Realizar medicação para controle da insuficiência cardíaca, com o hospital no acompanhamento.

FACILITADO P/ REALIZAÇÃO

Dr. Camilla Sangre
Médica
CRM-PE 24617



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **JOSE MARCELO RODRIGUES**

Data Nascimento: 25/08/1973

Idade: 44 Anos, 0 Mês e 6 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 00490511

Prontuário: 00173340

Senha N.º: 0108

NÃO URGENTE - VERDE

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO

Data e Hora: 31/08/2017 16:45h

Queixa Principal: RELATA QUE CAIU DA MOTO ONTEM FOI ATENDIDO NO HOSPITAL REGIONAL DE ESCADA, NEGA VÔMITO E SINCOPE, HOJE CHEGA A UPA COM RELATO DE DOR EM OMBRO DIREITO.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA A MEDICAMENTO
DM (-), HAS (-)

OPD/HDA:

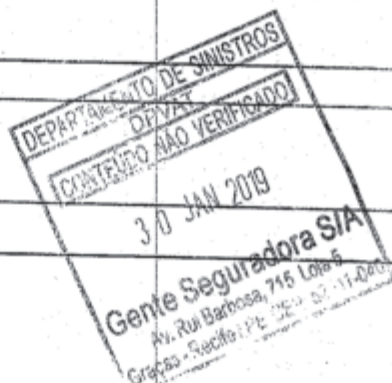
Paciente sofreu queda da moto há 1 dia, vem com dor em ombro D. Nega desmaio ou vômitos após o acidente. Fazia uso de capacete.

Exame físico:

Rotacão externa e interna de ombro D mantida. Não consegue levantar o braço;

Exames complementares:

Trauma ombro D

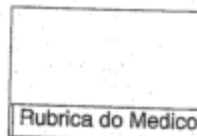


Sol Rx de ombro D
Analgesia

Marcelle Carneiro
Médica
CRM-PE 24095

Ass. do Médico
Dr(a): **MARCELLE COSTA CARNEIRO**
CRM - 24095

Prescrição : 702514 Usuário : MARCELLECC Data : 31/08/2017 16:45
Atendimento : 490511 Dt Nasc : 25/08/1973 (44) Anos Convênio : SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Paciente : 173340 JOSE MARCELO RODRIGUES Internação: 31/08/2017 16:24 1 Dia(s) Int
Médico : MARCELLE COSTA CARNEIRO Serviço : CLINICA GERAL
Acomodação : Leito : Unid Internação :
CID



490511

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

Qt	Unidade	St	Fa	Frequência	Data	Horários
1	CODEINA 30MG + PARACETAMOL 500MG			Agora	[31/08]	16:45

1 COMP

VO

Marcelle Carneiro
Médica
CRM-PE 24095

MARCELLE COSTA CARNEIRO
CRM: 24095

PRESCRIÇÃO.: 702515

SETOR SOLIC: EMERGÊNCIA

ATENDIMENTO: 490511

PACIENTE...: 173340 - JOSE MARCELO RODRIGUES NASC: 25/08/1973 44A OM 7D

ORIGEM ATD.: EMERGENCIA/URGENCIA - UPA

CONVÊNIO...: SUS - PRONTO ATENDIMENTO

PRESTADOR...: 24095 MARCELLE COSTA CARNEIRO

ACOMODAÇÃO.: UNID INTERN: EMERGÊNCIA

CID.....: CID.....

DATA PRESCRIÇÃO: 31/08/2017 16:45

NR CARTEIRA:

VALIDADE:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PCIII

SERVIÇO: CLINICA GERAL

LEITO:

USUÁRIO: MARCELLECC

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 4 RADIOLOGIA

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatur.
OMOPLATA OU OMBRO- FUNCIONAL	1	*67747* 67747	31/08/2017 16:45		*80974* 80974 AT	0204040116

Observação: AP VERDADEIRO, PERFIL ESCAPULAR E AXILAR

Marcelle Carneiro
Médica
CRM-PE 24095

MARCELLE COSTA CARNEIRO
CRM : 24095





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

18:36
**GESTÃO
IMIP**
HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JOSE MARCELO RODRIGUES

Data Nascimento: 25/08/1973 Idade: 44 Anos, 0 Mês e 6 Dias

Sexo: MASCULINO

Atendimento: 00490511

Prontuário: 00173340

TRANSFERÊNCIA OU ENCAMINHAMENTO? Transferencia Outra Unidade ou

História Clínica:

Paciente com história de queda de moto há 01 dia, fazia uso de capacete e não teve desmaios ou vômitos. Vem com dor em ombro D.

Exame Físico:

Rotação interna e externa mantida, dificuldade de elevar MSD

Exames Complementares/Resultados:

Fratura do terço distal da clavícula Direita

Imagens Diagnósticas:

Fratura de clavícula D

Conduta:

Analgesia

SENHA: 5246452

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: Não

Transferido/Encaminhado para:

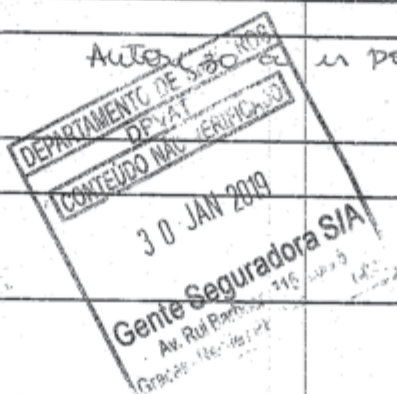
32 - TRANSF HOSPITAL DOM HELDER

Auto 500 R\$ ou por conta própria

Marcelle Carneiro
Médica
CRM-PE 24095

Motivo:

Avaliação Ortopedista



Marcelle Carneiro
Médica
CRM-PE 24095

Data: 31 DE AGOSTO DE 2017

Hora: 17:34

Ass. e CRM do Médico
Dr(a): **MARCELLE COSTA CARNEIRO**
CRM - 24095



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CONTROLE DE ALTA

Nome: **JOSE MARCELO RODRIGUES**

Atendimento: 00490511

Data Nascimento: 25/08/1973 Idade: 44 Anos, 0 Mês e 6 Dias

Prontuário: 00173340

ALTA DOMICÍLIO: ☐

ALTA TRANSFERÊNCIA: ☒

ALTA AMBULATÓRIO: ☐

RETORNO: ☐ DIAS

Cabo, 31 DE AGOSTO DE 2017

Hora: 17:37

17:52

Marcelle Carneiro
Médica
CRM-PE 24095

Ass. e carimbo do Médico

Dr.(a): **MARCELLE COSTA CARNEIRO**
CRM - 24095

Atendimento: 392071

Senha da Classificação:

0037

Data e Hora: 31/08/2017 18:11

Paciente: 97393 JOSE MARCELO RODRIGUES

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 25/08/1973 Idade: 44 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA RODRIGUES

Nome do Pai: JOSE AMARO RODRIGUES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

CRM: 13526

Endereço: RUA AUGUSTO CAVALCANTE -- JAGUARIBE

508

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: JACICLEIDE BOS

RG (Identidade): 4514410

SSP PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Cartão SUS: 898002966581052

Data de Emissão CRN:

MDH - Hospital Dom Helder Camara
Rafael Pavão Figueira
Faturamento
01 SET 2017

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Tram. ombro (2) h de

Exame Físico

For a pulso 1/2 distal
clav.

Hipótese Diagnóstico

Tram. 1/2 distal clav.

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAT
IDENTIFICADO NÃO VERIFICADO
30 JAN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Belo Horizonte - MG CEP: 30111-040

Tram. 1/2 distal clav.

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

Dr. Homero Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13526

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 31/08/2017 18:07

Nome Paciente: JOSE MARCELO RODRIGUES
Cód. Paciente: 97393
Data de Nascimento: 25/08/1973
Sexo: Masculino
Idade: 44
Senha: 0037
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 392071
SAME:



Período: 31/08/2017 18:24 - 31/08/2017 18:24

ILANA DE SOUZA FLORENCIO - COREN: 377337 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, ENCAMINHADO DA UPA, NEGA HAS, DM E ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: ILANA DE SOUZA FLORENCIO - COREN: 377337 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 31/08/2017 18:24



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JOSE MARCELO RODRIGUES

Data Nascimento: 25/08/1973 Idade: 44 Anos, 0 Mês e 6 Dias

Sexo: MASCULINO

Atendimento: 00490511

Prontuário: 00173340

TRANSFERÊNCIA OU ENCAMINHAMENTO? Transferencia Outra Unidade Outra Unidade

Historia Atual

Paciente com história de queda de moto há 01 dia, fazia uso de capacete e nega desmaios ou vômitos. Vem com dor em ombro D.

Exame Físico

Rotação interna e externa mantida, dificuldade de elevar MSD

Exames Complementares/Resultados

Fratura do terço distal da clavícula Direita

Hipóteses Diagnósticas

Fratura de clavícula D

Conduta

Analgesia

ENLA 5248452

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: Não

Transferido / Encaminhado para

32 - TRANSF HOSPITAL DOM HELDER

Motivo

Avaliação Ortopedista

Data: 31 DE AGOSTO DE 2017

Hora: 17:34

Marcelle Carneiro
CRM-PE 24095

Ass. e CRM do Médico
Dr(a): **MARCELLE COSTA CARNEIRO**
CRM - 24095

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
COMISSÃO MAC VERIFICADO
30 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 715 - 14º Andar
Recife - PE - 51020-000



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



VALIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1683853528

NOME
JOSE MARCELO RODRIGUES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4514410 SSP PE

CPF
831.419.524-34

DATA NASCIMENTO
25/08/1973

FILIAÇÃO
JOSE AMARO RODRIGUES
MARIA JOSE DA SILVA RODRIGUES

PERMISSÃO
☒ NACIONAL

ACC
☒

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01395623672

VALIDADE
23/10/2023

1ª HABILITAÇÃO
10/08/2000

OBSERVAÇÕES
KAR
CETCI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 30 JAN 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. R. ... 215 Loja 5
 Graciosa - Recife/PE - CEP: 52041-040

Jose Marcelo Rodrigues

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CABO DE SANTO AGOSTINHO, PE

DATA EMISSÃO
30/10/2018

[Assinatura]
 Diretor Presidente

54293465952
 PE000432702

PROIBIDO PLASTIFICAR
 683853528

PERNAMBUCO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190081811 **Cidade:** Escada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES **Data do acidente:** 30/08/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190081811 **Cidade:** Escada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES **Data do acidente:** 30/08/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/02/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

Outorgante: Jose Marcelo Rodrigues, Brasileiro(a), estado Civil Solteiro, profissão Op. de Maquina, residente e domiciliado à Rua Augusto Cavalcante, nº 508, bairro Jaguaripe, Município de: Escada, Estado PE, Cep. 55500-000, Rg nº 2514410, órgão emissor S.P./PE e CPF nº 831.419.524-34

Outorgado(a): Juliana Maria da Silva Nascimento, inscrito(a) no CPF sob o nº 111.691.044-60, Carteira de Identidade nº 9.272.633, órgão emissor SDS-PE, estado civil: Solteira, com endereço na Tv. 3 Sempre Viva, Nº 78, Curado II, Jaboatão dos Guararapes-PE. Cep: 54000-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Jose Marcelo Rodrigues, ocorrido em 30/08/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

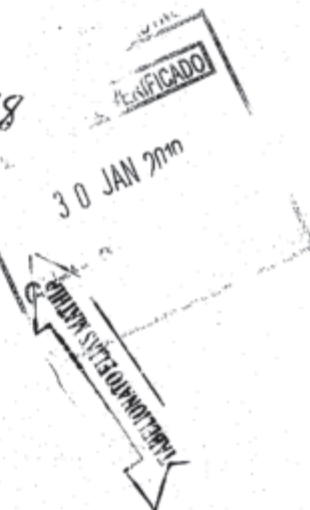
Escada, 18, de 12 de 2018

Jose Marcelo Rodrigues

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO	
TABELIAO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS SUBSTITUTA: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS	
Reconheço a firma por autenticidade de:	18/12/2018 17:19:50
JOSÉ MARCELO RODRIGUES, Dou. f.	
Em testemunho da verdade.	
Elías Mathias dos Santos, Tabelião	Dútas R\$ 3,99
Selo Digital Nº 0077594 DUAI120180100533	TSNR R\$ 0,80
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital	Total R\$ 4,79
AV. DR. JOSE HENRIQUE, 198 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.909-000 - TEL: (81) 3534-1555 / 3712	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035121/19

Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES

CPF: 831.419.524-34

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2017

Titular do CPF: JOSE MARCELO
RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

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

JOSE MARCELO RODRIGUES : 831.419.524-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/01/2019
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190081811

Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES

Data do Acidente: 30/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MARCELO RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190081811 Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES

Data do Acidente: 30/08/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE MARCELO RODRIGUES

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

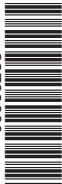
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

831419524-34

Nome completo da vítima:

Jose Marcelo Rodrigues

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

Nome completo:

Jose Marcelo Rodrigues

CPF:

831419524-34

Profissão:

Op. de Maquina

Endereço:

Rua Augusto Cavalcante

Bairro:

Jaguaripe

Cidade:

Exada

Estado:

PE

Número:

508-A

Complemento:

-

CEP:

55500-000

Tel. (DDD):

(81) 98693-4945

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0125

CONTA:

00049268

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 filhos vivos? ☐ 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:

Recife, 24 de Janeiro 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Marcelo Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

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

CAIXA

POUPANÇA



4392 6718 5697 1110

JOSE MARCELO RODRIGUES

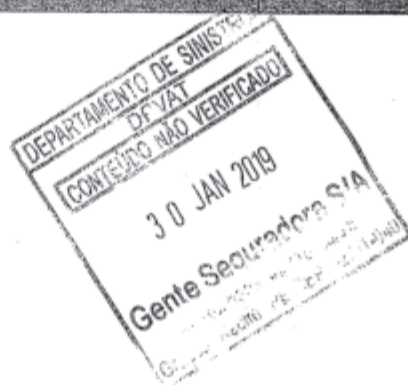
2125 013 00049266-0

10/24



Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil





Jailson L. da Silva
Agente de Polícia
Mat.: 350.755

501530
0035121/15

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA -
DP63ªCIRC DINTER1/12ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0153001909

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/10/2017 às
10:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 30/8/2017 às 20:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ESCADA, 1, BR 101 - VIA LOCAL -
NA ENTRADA DA ARENA - Bairro: CENTRO - ESCADA/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR \ AGENTE)
ABDIAS FRANCISCO DE LIMA (OUTRO)
JOSE MARCELO RODRIGUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE MARCELO RODRIGUES

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

**JOSE MARCELO RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
JOSE DA SILVA RODRIGUES Pai: JOSE AMARO RODRIGUES Data de Nascimento: 28/8/1973
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4514410/SPP/PE (RG)
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSOES Telefones Celulares:
- 85151822**

**Endereço Residencial: RUA AUGUSTO CAVALCANTI, 508 - CEP: 0 - Bairro: JAGUARIBE -
ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**ABDIAS FRANCISCO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
EUNICE MARIA DA SILVA Pai: SEBASTIÃO FRANCISCO DE LIMA Data de Nascimento:
12/3/1973 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ABDIAS FRANCISCO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MARCELO RODRIGUES**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHQ3193** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **853983029** Chassi: **9C2KC08295R044190**
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP JOSE MARCELO RELATANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO PELA BR 101 VIA LOCAL QUANDO NA ENTRADA DA ARENA COLIDIU COM UM CACHORRO VINDO A CAIR . QUE CONHECIDOS O SOCORREU O LEVANDO PARA CASA E NO DIA SEGUINTE DEVIDO A FORTE DORES NO OMBRO FOI ATE O HOSPITAL REGIONAL DE ESCADA ONDE FOI ATENDIDO PELA MEDICA DRA. CAMILLA SANGUINERE CRM 24617 , SENDO TRANSFERIDO PARA A UPA DO CASO DE SANTO AGOSTINHO ATENDIDO PELA MEDICA DRA MARCELLE CARNEIRO CRM 24098 E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA COM O PRONTUARIO 97393 ATENDIDO PELO MEDICO DR. HOMERO RODRIGUES E ENFERMEIRA ILANA DE SOUZA FLORENCIO COREN 377337 . VITIMA COM FRATURA NO TERÇO DISTAL DA CLAVICULA DIREITA.

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

Jose Marcelo Rodrigues
JOSE MARCELO RODRIGUES
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Jailson Lapenda Lopes da Silva* - Matrícula: **350755-8**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 831419524-34 Nome completo da vítima: Jose Marcelo Rodrigues

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

Nome completo: Jose Marcelo Rodrigues CPF: 831419524-34
Profissão: Op. de Maquina Endereço: Rua Augusto Cavalcante Número: 508-A Complemento: _____
Bairro: Jaguaripe Cidade: Exada Estado: PE CEP: 55500-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 98693-4945

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: 0125 CONTA: 00049268
(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) ☐ Divorciado ☐ 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 filhos vivos? ☐ 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.

Local e Data: Recife, 24 de Janeiro 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Jose Marcelo Rodrigues
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

1. Identificação

Nome: JOSE MARCELO RODRIGUES
CNS: 898002066521052 Data Nascimento: 25/08/73 Sexo: ☒ M ☐ F
End.: R. AUGUSTO CABA CANTO, 508
Bairro: JAGUARIBE Cidade: ESCALADA UF: PE
Procedência: _____

2. Queixa principal e História da doença atual:

3. Antecedentes Pessoais:

☐ Cardiopatias ☐ Doenças Degenerativas ☐ Tabagismo ☐ Obesidade
☐ DM ☐ Distúrbios Psiquiátricos ☐ Alcoolismo ☐ Alergias
☐ HAS ☐ Tuberculose ☐ Outras _____

4. Uso de Medicamentos ☐ Sim ☐ Não

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

☐ Hidratado ☐ Afebril ☐ Febril Temperatura: _____ °C
☐ Desidratado ☐ Normocorado ☐ Acianótico ☐ Anictérico
☐ Anasarca ☐ Hipocorado ☐ Cianose ☐ Icterícia
☐ Hipercorado ☐ Palidez

5.2 Avaliação Neurológica: (Nível de Consciência):

☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso
☐ Desorientado ☐ Orientado ☐ Semirarcorose

Pupilas:

☐ Fotorreagentes ☐ Anisocoria: _____
☐ Isocoria ☐ Miose
☐ Midriase

Escala de Coma de Glasgow: _____ pontos.

Abertura ocular _____ Resposta verbal _____ Resposta motora _____

5.3 Sistema Respiratório: FR _____ ipm

☐ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Máscara ☐ TOT ☐ Traqueostomia
O₂ suplementar _____ l/min. ☐ Cateter Nasal ☐ Macronebulização

Expansibilidade Torácica Conservada: ☐ Sim ☐ Não Local: _____

Murmúros Vesiculares: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local: _____

Ruidos Adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepitações Local: _____

Tosse: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Seca ☐ Produtiva Aspecto de secreção: _____

5.4 Sistema Cardiovascular:

FC _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg

Ritmo cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular Ausculta: _____

Pulsos: ☐ Filiforme ☐ Cheio

Uso de drogas vasoativas: ☐ Não ☐ Sim: _____

Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção ☐ NPT

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Plangente
☐ Globoso ☐ Ascítico

Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Normais ☐ Flatos

☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Êmese ☐ Presente ☐ Ausente

Aspecto: _____

5.6 Sistema Geniturinário:

Diurese: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA
☐ Cistostomia ☐ Dispositivo Urinário

Aspecto: _____

☐ Hemodiálise ☐ Diálise peritoneal

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☐ Ativa ☐ Passiva

Movimentos Conservados: ☐ Sim ☐ Não

Goteira: ☐ Sim ☐ Não Membro: _____

Força motora: Conservada ☐ Sim ☐ Não Local: _____

5.8 Necessidades Psicossociais:

Atitudes: ☐ Cooperativo ☐ Não Cooperativo ☐ Agitado ☐ Choro
☐ Calmo ☐ Ansioso

5.9 Curativo

Tipo de Curativo: ☐ FO ☐ Úlcera de Pressão ☐ Outros Local: _____

Aspecto de curativo: ☐ Limpo ☐ Sujo

Aspecto exudato: ☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento

☐ Serosanguinolento ☐ Piosanguinolento

Estado Geral: ☐ Grave ☐ Regular ☐ Bom



Horário de Atendimento: 07:30 hs.

Enfermeiro / COREN _____

6.0 Atendimento Médico

Horário de Atendimento: _____ hs.

6.1 Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Presente com quadro de melhora
de sintomas, após ser
tratado com medicação,
com diálise
de melhora de*

6.2 Diagnóstico Inicial:

*08:30
SILVIA
diagnóstico de insuficiência renal
crônica em fase de
instabilidade
de melhora de*

*Assim como medicação
para a melhora de
sintomas, o hospital não
tem mais a medicação.*

FACILITADO PJ
Dra. Camilla Sangre
Médica
CRM-PE 24617

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Tarifas Aplicadas			HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Ativo(kWh)		0,52156600			kWh
			JUL 18		79
			JUN 18		67
			MAJ 18		96
			ABR 18		77
			MAR 18		71
			FEV 18		97
			JAN 18		88
			DEZ 17		92
			NOV 17		73
			OUT 17		74
			SET 17		71
			AGO 17		80
			JUL 17		68
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO					
	R\$	%			
Geração de Energia	22,38	34,80			
Transmissão	2,73	4,32			
Distribuição (Celpe)	12,78	19,73			
Encargos Setoriais	3,26	5,87			
Tributos	19,52	30,18			
TOTAL	64,68	100			

ICMS		PIS			COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
64,68	25,00	16,17	64,68	0,92	0,59	64,68	4,28	2,76

Pague no ponto mais perto de você arena hi-tech: rua joao fragozo de medeiros no 1784 candelas / r m de meneses canal - me: latí f cajueiro secoLista completa em www.celpo.com.br.
Na data da leilatura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Tarifa social de energia cancelada: cadastro único não atualizado. Informações pelo tel. 0800 707 2003.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res44/ANEEL), Juros 1%a.m.(L.10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
maio/2018								
DIC-No.de horas sem Energia	VARZEA	0,00	5,07	10,15	20,30			
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95			
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		0,00	2,86	0,00	0,00			
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22					
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 21,75								
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo								

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Juliana M^{te} da Silva Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 11691044 60
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Marcelo Rodrigues inscrito
(a) no CPF sob o Nº 83141954 34 do sinistro de DPVAT cobertura Tuvalia da Vítima
João Marcelo Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 83141954 34, 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 LIDER DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Av. 3 Sempre Viva</u>		Número	<u>48</u>	Complemento	
Bairro	<u>Curado II</u>	Cidade	<u>Joazeiro do G.</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>(81) 98693 79589 9671.1713</u>			

Joazeiro 24 de Junho de 2018
Local e Data

Juliana Maria da Silva Nascimento
Assinatura do Declarante

