

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA DANTAS TAVARES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV JOAQUIM NABUCO 200 - AA

CPF. 884.647.684-00

TIMBO/ABREU E LIMA
ABREU E LIMA PE
53520-170

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
080170843	UNICA	09/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/10/2019	2002655798	5355876

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7006423854	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA A ENTREGA
16/10/2019	09/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	620,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	816,000000	0,81069952	489,38
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,71
Acréscimo Bandeira VERMELHA			26,44
Contrib. Ilum. Pública Municipal			77,10
ICMS Subvenção-CDE-NF 072529587-07/08/19			3,18
Multa por atraso-NF 072529587-07/08/19			7,21
Juros por atraso-NF 072529587-07/08/19			3,24
TOTAL DA FATURA			620,28

620,26

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3132296870	CAT	08-09-2019	60.701,00	09-10-2019	61.317,00	33	1,00000		616,00
3132296870	CRT	08-09-2019	12.590,00	09-10-2019	12.761,00	33	1,00000		171,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
OUT 19 618		ICMS	25,00	132,38	
SET 19 448		PIS	1,29	6,83	
AGO 19 448		COFINS	5,95	31,50	
JUL 19 631					
JUN 19 636					
MAI 19 736					
ABR 19 737					
MAR 19 950					
FEV 19 883					
JAN 19 778					
DEZ 18 1019					
NOV 18 816					
OUT 18 833					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento em nome do titular da conta. O cliente deve ser informado sobre a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia elétrica em caso de inadimplência. O cliente deve ser informado sobre a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia elétrica em caso de inadimplência. O cliente deve ser informado sobre a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia elétrica em caso de inadimplência.

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO					
Vencido	Valor	Vencido	Valor	Vencido	Valor
13/09/18	491,20				

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO CRUZ DE REBOUCAS	VALOR APURADO SOMADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	4,84	5,18	10,38	20,77	220	MÍNIMO	MÁXIMO
DIC	3,00	3,30	6,60	13,20	380	202	231
PIO	2,87	2,94	0,00	0,00		350	399
DMIO							

Limite DICR/ 12,22 EUSO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 183,80

DO POR REGIME ESPECIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7006423854	10/2019	16/10/2019	620,28





CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
COMERCIAL 116 | PRONTI
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800
Ouvidoria 0800
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefon
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos

JOSE PAULINO DA SILVA
M CID544P01
CPF: 389.727.354-34

01/11/2019

130,60

18/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
25/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
081732365

CONTA CONTRATO
007017838150

Nº DO CLIENTE
2013667501

Nº DA INSTALAÇÃO
0006006637

RUA JOSE FRANCISCO DE PAULA 9 CS-

RESIDENCIAL RESERVA DA PITANGA QD-G
AGAMENON MAGALHAES/IGARASSU
53600-000 IGARASSU PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC
Monofásico

C39F.08A3.7F03.FC2B.0F7A.B2CC.F31D.05DB

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,27049070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,46369834	32,46
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	87,69	0,69554752	60,99
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,66
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,23
Contrib. Ilum. Pública Municipal			20,54
ICMS Subvenção-CDE-NF 074049127-19/08/19			0,77
ICMS Subvenção Baixa Renda			0,05
Multa por atraso-NF 074049127 - 19/08/19			1,77
Juros por atraso-NF 074049127 - 19/08/19			1,03
TOTAL DA FATURA			130,60

Vencto	Dt Reav	Valor
02/10/19	25/10/19	113,67

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 98 REV 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130300

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	35,07	32,95
Transmissão	3,87	3,64
Distribuição (Ceipe)	23,49	22,07
Encargos Setoriais	2,30	2,16
Tributos	34,31	32,23
Perdas de Energia	7,40	6,95
TOTAL	106,44	100

OUT	19	
SET	19	
AGO	19	
JUL	19	
JUN	19	
MAY	19	
ABR	19	
MAR	19	
FEV	19	
JAN	19	
DEZ	18	
NOV	18	
OUT	18	

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
106,44	25,00	26,61	106,44	1,29	1,37	106,44	5,95	6,33

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003151887120	CAT	17/09/2019	4.110,00	18/10/2019	4.298,00	31	1,00000	0,00	188,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/11/2019

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIMESTRAL
-----------	----------	------------------	----------------	--------------------

		AGOSTO	SEMANAL	TRIM
		ago/2019		
DIC-No.de horas sem Energia	IGARASSU	0,00	10,68	21,17
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,59	15,19
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	5,68	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico				Limite DICR: 16,60

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 35,83

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer

Pague no ponto mais perto de você! ana karolline porfirio ribeiro: r onze cahab i / antonio alexandre de
barros co: r agamenon magalhães nº 02 centro Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 52,75.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIA
-------------------	-----------------

	MÍNIMO	Máximo
220	202	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/10/2019 14:29

	Nome Paciente:	DANIEL MARDUQUEU DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	19/05/1978
	Sexo:	Masculino
	Idade:	41 anos
	Senha:	0108
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 17/10/2019 14:40 - 17/10/2019 14:47

MAYARA BORGES DE LIRA - COREN: 496932 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - RECLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	EMERGENCIA - VERMELHO
Cor:	VERMELHO
Queixa Principal:	DOR EM MSE APOS QUEDA DE MOTO HÁ 40 MIN
Observação:	ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA HAS- DM-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR INTENSA (8-10/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 17/10/2019 14:40 - 17/10/2019 14:42

MAYARA BORGES DE LIRA - COREN: 496932 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	DOR EM MSE APOS QUEDA DE MOTO HÁ 40 MIN
Observação:	ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA HAS- DM-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- RÉGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: MAYARA BORGES DE LIRA - COREN: 496932 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/10/2019 14:47

Atendimento: 1143606

Data e Hora: 17/10/2019 14:57

Senha de Classificação:

0108

Paciente: 354327 DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

Nome Social:

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 19/05/1978 Idade: 41 anos Cor: Parda

Escolaridade:

Nome da Mãe: MARIA CLARICE DE SOUZA

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Pai:

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA JOSE FRANCISCO DE PA --

9

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53610970

Usuário Atendimento: MARIAJLS

RG (Identidade): 5733053

SDS PE

Data de Emissão: 23/02/2010

CNS:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 04122574404

Fone: 73189502

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmhg
DATA: / / HORA 15:30V

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Quedada de moto com trauma no msc e punho
e após alguns dias de dor e inchaço

EXAME FÍSICO:

Quedado no punho com dor e inchaço
e após alguns dias de dor e inchaço

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

Lesão do punho
Fratura do punho

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20912

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) Suplemento	12 (12) ON	
2) Paracetamol	500mg 12 em 12h de 12-18h	
3) Iodo sintético	potente	
4) Transfusão	para outro exame	

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20912

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

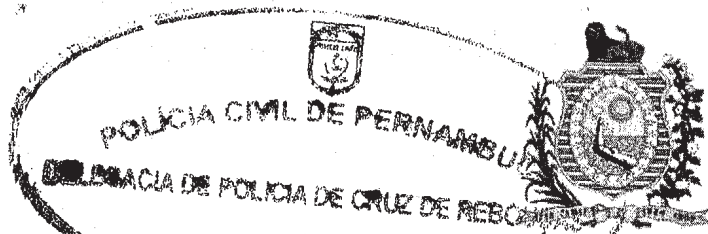
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



571175
0010032/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0123002063

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2019** às **14:58**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **17/10/2019** às **01:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DO MONJOPE, 01** - Bairro: **CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **COMPESA**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O ESTADO (AUTOR \ AGENTE)
MACIELL VICENTE FERREIRA (OUTRO)
DANIEL MARDUQUEL DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL MARDUQUEL DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): O ESTADO

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

DANIEL MARDUQUEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA CLARICE DE SOUZA**
Pai: **MARDUQUEU CAETANO DA SILVA** Data de Nascimento: **19/5/1978** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 01, RUA RESIDENCIAL RESERVA DA PITANGA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, MERCADO JUAZEIRO**

O ESTADO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **DESC** Pai: **DESC** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MACIELL VICENTE FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DESC** Pai: **DESC** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

UMA MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MACIELL VICENTE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL MARDUQUEL DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX EX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEP3660** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

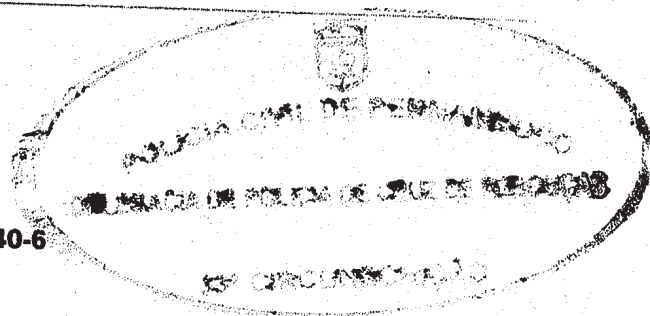
A VITIMA INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA ESTRADA DE MONJOPE QUANDO LIVROU UM BURACO QUE EXISTIA NA VIA E CAIU INDO DE ENCONTRO AO SOLO COOM A QUEDA O MESMO TEVE FRATURA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO E NO RADIO O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA UPA DE IGARASSU E NO OUTRO DIA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FOI SIRURGIADO.

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

Daniel Marduel da Silva

DANIEL MARDUQUEL DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Enes Francisco da Silva*
ENES FRANCISCO DA SILVA - MAT. 151740-6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

32000011027

3 - CPF da vítima:

041.225.744-04

4 - Nome completo da vítima:

DANIEL MARQUES DA SILVA

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

5 - Nome completo:

DANIEL MARQUES DA SILVA

6 - CPF:

041.225.744-04

7 - Profissão:

ENCANADOR

8 - Endereço:

RUA JOSE FRANCISCO DE PAULA

9 - Número:

09

10 - Complemento:

QUADRA - G

11 - Bairro:

AGAMENON MAGALHÃES

12 - Cidade:

IGARASSU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.600-000

15 - E-mail:

balbimosp@hotmai.com

16 - Tel.(DDD):

(81) 3538-0068

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

☐

SEM RENDA

☒

R\$1.00 a R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2080

CONTA:

00352241

(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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011027

Vítima: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011027

Vítima: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **DANIEL MARDUQUEU DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000002080-P**

Conta: **000000035224-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200011027 Vítima: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011027

Vítima: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02080-P

CONTA: 000000035224-1

Nr. Autenticação

BRDESCO2002202005000000000023702080000000035224236250 PAGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010032/20

Número do Sinistro: 3200011027

Vítima: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

CPF: 041.225.744-04

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 17/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

DANIEL MARDUQUEU DA SILVA : 041.225.744-04

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010032/20

Vítima: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

CPF: 041.225.744-04

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 17/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

DANIEL MARDUQUEU DA SILVA : 041.225.744-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/01/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: ENCANADOR
Identidade: 5.733.053 SDS/PE CPF: 041.225.744-04
Endereço: RESERVA RESERVA DE PITANGA QUADRA G
AGAMENON MAGALHÃES, IGARASSU/PE. CEP. 53600-000

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 17/10/2019, cobertura INVALIDEZ, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

IGARASSU, 07/11/2019
Local e data

RECONHECO

Daniel Mardunqueu da Silva
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

HS Cartório de Igarassu/PE - Ofício Único
Bel. Helio Guido Castro Santoanni
Rua Joaquim Nabuco nº 105, Centro, - Igarassu-PE Fone: (81) 3543-0013 cartorioigarassu-pe@hotmail.com

Reconheço por autenticidade a assinatura de DANIEL MARDUQUEU DA SILVA, do 12/10/2019 09:30 em test. da verdade. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS (ESCREVENTE AUT.).
Emol.: R\$ 3,51 TSN: R\$ 0,88 FERM: R\$ 0,40 ISS: R\$ 0,08 FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,02
01294. Consulte autenticidade em <http://tipe.jus.br/seladigital>

CARTÓRIO DE IGARASSU-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200011027 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA **Data do acidente:** 17/10/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO.
FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E FIOS K/ REDUÇÃO - COTOVELO). ALTA.
P 6/13.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200011027 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA **Data do acidente:** 17/10/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO.
FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E FIOS K/ REDUÇÃO - COTOVELO). ALTA.
P 6/13.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010032/20

Vítima: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

CPF: 041.225.744-04

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 17/10/2019

Titular do CPF: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

DANIEL MARDUQUEU DA SILVA : 041.225.744-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/01/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 014486538630
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 374609799 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME

MACIEL VICENTE FERREIRA

IGARASSU-PE

CPF / CNPJ

071.334.394-09

PLACA

PEF1560

PLACA ANT / LIT

***** PE

CLASS

002KCL560C1500352

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

ALCO / GASOL

MARCA / MODELO

HONDA / CG 150 TT

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2011

CAP / POT / OIL

2P / 149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

1ª *****

FAIXA IPVA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FACO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

CONTRAN

IGARASSU

LOCAL

DATA

12/07/19

Ministério das Cidades - Departamento de Registro e Licenciamento de Veículo

Director Administrativo - Departamento de Registro e Licenciamento de Veículo

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/10/2019 14:29

	Nome Paciente:	DANIEL MARDUQUEU DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	19/05/1978
	Sexo:	Masculino
	Idade:	41 anos
	Senha:	0108
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 17/10/2019 14:40 - 17/10/2019 14:47

MAYARA BORGES DE LIRA - COREN: 496932 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - RECLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	EMERGENCIA - VERMELHO
Cor:	VERMELHO
Queixa Principal:	DOR EM MSE APOS QUEDA DE MOTO HÁ 40 MIN
Observação:	ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA HAS- DM-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR INTENSA (8-10/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 17/10/2019 14:40 - 17/10/2019 14:42

MAYARA BORGES DE LIRA - COREN: 496932 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	DOR EM MSE APOS QUEDA DE MOTO HÁ 40 MIN
Observação:	ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA HAS- DM-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- RÉGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: MAYARA BORGES DE LIRA - COREN: 496932 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/10/2019 14:47

Atendimento: 1143606

Data e Hora: 17/10/2019 14:57

Senha de Classificação:

0108

Paciente: 354327 DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

Nome Social:

Sexo: MASCULINO

Cor: Parda

Escolaridade:

Data do Nascimento: 19/05/1978 Idade: 41 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA CLARICE DE SOUZA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA JOSE FRANCISCO DE PA --

9

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53610970

Usuário Atendimento: MARIAJLS

RG (Identidade): 5733053

SDS PE

Data de Emissão: 23/02/2010

CNS:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 04122574404

Fone: 73189502

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmhg
DATA: / / HORA 15:30V

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Quedada de moto com trauma no membro inferior direito
e após alguns dias de dor intensa

EXAME FÍSICO:

Exame físico normal, sem sinais de trauma, sem edema, sem hematoma, sem deformidade, sem dor à palpação.

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

Lesão do punho
Fratura do punho

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20912

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) Suplemento de cálcio	
2) Paracetamol 500mg	
3) Iodo sintético	
4) Transfusão de sangue	

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20912

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

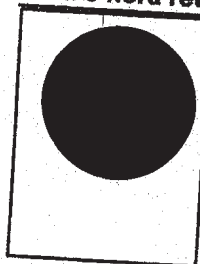
Médico / Cremepe:

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/10/2019 07:45



Nome Paciente: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 19/05/1978
Sexo: Masculino
Idade: 41 anos
Senha: 0010
Convênio:
Atendimento:
SAME:

onlop

Período: 18/10/2019 08:06 - 18/10/2019 08:12

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE REFERE DOR EM MSE APÓS QUEDA DE MOTO NEGA VÔMITO E OU DESMAIO

Medicamento(s):

NEGA FAZER USO DE MEDICAMENTO P/ DOENÇAS CRÔNICA

Observação:

PROCEDENTE DA UPA DE IGARASSÚ C/ SENHA 5795398, PACIENTE EM AR AMBIENTE, NORMOCORADO, REFERE DOR EM MSE APÓS QUEDA DE MOTO, NEGA VÔMITO E OU DESMAIO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 1
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 94.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICOSE: 117.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- PESO: 76.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %
- TEMPERATURA(C): 37.00 °C

REVISADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

.....
Enfermeiro

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/10/2019 08:12

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Atendimento: 500000

Data e Hora: 18/10/2019 08:21

Senha da Classificação:

0010

Paciente: 130467 DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 19/05/1978 Idade: 41 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA CLARICE DE SOUZA

Nome do Pai: MARDUQUEU CAITANO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA JOSEFA FRANCISCO DE --

9

Bairro: AGAMENON MAGALHAES

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de queda de moto
há 12 horas com trauma em cotovelo
e antebraço - alta debras e comorbidades

Exame Físico

CONSCIENTE ORIENTADO SUPINO
em se com trauma em cotovelo e punho

Hipotese Diagnostico

FX LEX COTOVELO + FX RADIO ULNAR LEI

Prescrição Médica

SOLICITO: RX DE COTOVELO + ANTEBRAÇO
e PUNHO

INTERNAÇÃO

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Ian Ladeira
CRM-PB 99.224
CRM-PE 22.590

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

AT-500068

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	DANIEL MARDUQUEU DA SILVA		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor
700 60 244 082 42 66	19/05/1978	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato		
MARIA CLARICE DE SOUZA	8197318950		
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato		
EDILMA FRANCISCA			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	16 - Município		
RUA JOSEFA FRANCISCO DE PAULA, 9 - AGAMENON MAGALHAES	ASSU		
17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
260680	PE	53640378	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

ANTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA +- 12 HORAS COM TRAUMA EM COTOVELO + ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DOR E EDEMA NO MESMO
ANTE ORIENTADO EUPNEICO ESTAVEL
EDEMA E DEFORMIDADE EM PUNHO E COTOVELO ESQUERDO
ALERGIAS E COMORBIDADES

21 - Condições que justificam a Internação
CITADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FISICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E + LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO

24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causas Associadas

S525
553.1 W199
V29.9 04.08.02.015-6
04.08.02.040-7

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

28 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Carater de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016278437533

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação

18/10/2019

35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho)

16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

39 - CNPJ Seguradora

42 - CNPJ / Empresa

40 - N° Bilhete

43 - CNAE / Empresa

41 - Série

44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Apx

46 - Nome do Profissional Autorizador

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. Órgão Emissor

E260000001

48 - Documento

() CNS () CPF

49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)

Adalberto
CRM 20614
TEOT: 15666
Traumatologia e Ortopedia

AIH
261910222177-0

AIH
261910222178-0

Código do Laudo: 500000

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 29/10/2019

Hora.....: 12:22

Aviso de Cirurgia : 60529

Paciente : 130467

Convênio Atend. : 1

Leito : 70

Dt. Início : 29/10/2019 09:50

Cid Pré-Operatório : S525

Cid Pós-Operatório : S525

Sala : 0002

SALA 02

DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-511-LEITO 002

Dt. Fim : 29/10/2019 11:50

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Atendimento : 500068

Carteira :

Idade : 41 Anos

Procedimento: 0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSO
ANTÉBRAÇO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

Anestesia: 74

SUS - INTERNACAO

BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

CIRÚRGIAO

18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Descrição Cirúrgica :DIAGNÓSTICO: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO
CIRURGIA: REDUÇÃO ABERTA + OSTEOSÍNTESE COM PLACA E FIOS K

CIRURGIÃO: DR JEFFERSON

1º AUXÍLIO: DR PEDRO/ DR LIVIO

INSTRUMENTADOR (A): -

ANESTESISTA: GR GENESIO

ANESTESIA: BLOQUEIO MMSS

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DORSAL DE APROX. 10CM E DIVULSAO POR PLANOS. OBSERVAMOS COMINUIÇÃO DORSAL. REDUÇÃO CRUENTA, FIXAÇÃO COM FIOS K E APOSIÇÃO DE ENXERTO ÓSSEO ESPONJOSO LOCAL EM FALHA DORSAL
5. INCISÃO VOLAR DE APROX. 07CM PELA QUAL OBSERVAMOS DESVIO GRANDE DO FRAGMENTO VOLAR-ULNAR E DO TILOIDE. REDUÇÃO CRUENTA, FIXAÇÃO COM FIOS K E COLOCAÇÃO DE PLACA TERÇO DE CANO DE 4 FUROS COM CORTE MOLDAGEM DA PONTA (PLACA GANCHO) FIXADA COM 02 PARAFUSOS CORTICAIS Nº 18
6. LIMPEZA COM SF 0,9%;
7. CONTROLE COM RX
8. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 2-0 E NYLON 4-0
9. CURATIVO ESTÉRIL
10. TALA AXILOPALMAR A ESQ

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
04/11/19
CLAUDIA SOUSA
FATURADORADr. Pedro Thiago de Sousa Lima
Ortopedia
CRM-PE 23122DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA St 25398

Nome do Paciente: DANIEL MANDUEIRA DA SILVA **IDENTIFICAÇÃO** Idade: 41
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Quada: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual: Acidente de trânsito por trauma no trânsito
E RUMIP (E) **CAUSAS CLÍNICAS**

Hipótese Diagnóstica: Fratura do fêmur + fratura rádio
distal

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

EXAME NEUROLÓGICO

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Tp Lúmbia

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: 16:30

Local e data 17/10/13

Rodrigo Victor Lavenha
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20912
Médico Assistente

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA REG: 130467

CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
18/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA +- 12 HORAS COM TRAUMA EM COTOVELO + ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DOR E EDEMA NO MESMO, CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO ESTAVEL
	MSE DOR EDEMA E DEFORMIDADE EM PUNHO E COTOVELO ESQUERDO
	NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
	HD FX RADIO DISTAL ESQUERDO + LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO
	CD INTERNAMENTO + PRE OP + TAC DE PUNHO E COTOVELO
	STAFF DR IVAN
19/10/19	# 507#
	HD: 2 - ESQUERDA
	COTOVELO 3mm, ESTAVEL
	EUPNEICO, SEM NOVAS
	ALERGIAS
	CD: AUMENTO DA LUXAÇÃO
20/10/19	# 507#
11h	HD: 2 - ESQUERDA
	Paciente em observação
	507 GUT NÓDO (verificar)
	N. 5 (B) = NU (A)
	CD: AUMENTO DA LUXAÇÃO

Dr. Ivan Lacerda
CRM-PB 98.24
CRM-PB 23.590

Dr. Ivan Lacerda
CRM-PB 98.24
CRM-PB 23.590

Dr. Marcelo Almeida
CRM-PB 17.175

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Pedro Miguel Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
	# M40 #
20/11/19	• 29/10/19: fx ext. distal do úlcera (emp.) com RAFE com placas + fios K.
	Paciente evoluí
	EF: F.O
	CA: Solicitação RX } Fx quase (corri- migos articulares) os Implants bem posicio- nada.
	Remover pontos Retorno em 15 d-
	Dr. Pedro Thiago de Sousa Lima Ortopedia CRM-PE 23122

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 500000 Prontuário: 130467 SAME: 117089 Hora Atend: 08:21 Data Atend: 18/10/2019
Paciente..... : DANIEL MARDUQUEU DA SILVA Idade: 41 a
Endereço..... : RUA JOSEFA FRANCISCO DE PAULA
Bairro..... : AGAMENON MAGALHAES
Cidade..... : IGARASSU
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : - UF.: PE CEP: 53640378
CID's Secundários. : Plano...: PLANO UNICO
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 18/10/2019 Hora Saída : 13:49

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

DIAGNOSTICO
ENF. CARLA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA St 9538

Nome do Paciente: DANIEU MARCELO DA SILVA IDENTIFICAÇÃO

Idade: 41

Sexo: M () F () Profissão: _____

Fone: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão); Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual: AVISO DE ACIDENTE

CAUSAS CLÍNICAS

Hipótese Diagnóstica: LESÃO DO LIGAMENTO + FRATURA DA

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **DANIEL MARDUQUEU DA SILVA**
Idade: 41a 4m 30d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 130467
Profissão: Escolaridade: Data e Hora da Internação: 18/10/2019 13:50
R.G.: 5733053 C.P.F.: 04122574404 Telefone: CEP 53640378
Endereço: RUA JOSEFA FRANCISCO DE PAULA, 9 - AGAMENON MAGALHAES - IGARASSU
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-13
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____
dereço: _____
telefone: _____
R.G.: _____
Número: _____
Cidade: _____
Estado civil: _____
C.P.F.: 0421119

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 30/10/19
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Hora da Alta: _____
Condições de Alta: boas

Diagnóstico Principal..... Lx do corpo + fx do rto distal à E
Diagnóstico Secundário01.: _____
Diagnóstico Secundário02.: _____

Observação..... 29/10/19: RAFI e pla por fx do rto distal
18/10: Redução fechada do corpo
REVISAR CCH-FMA

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24589

Médico e CRM:

Edilma Francisca Alves

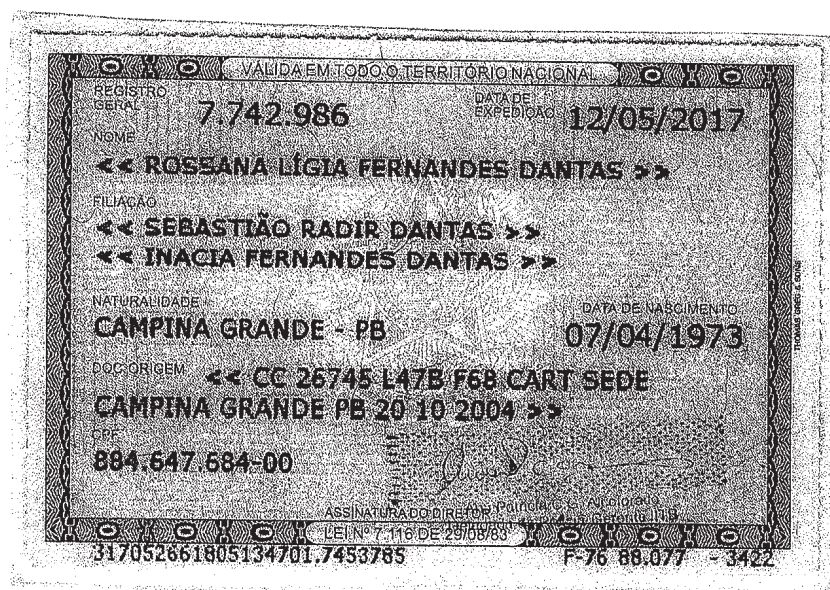
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

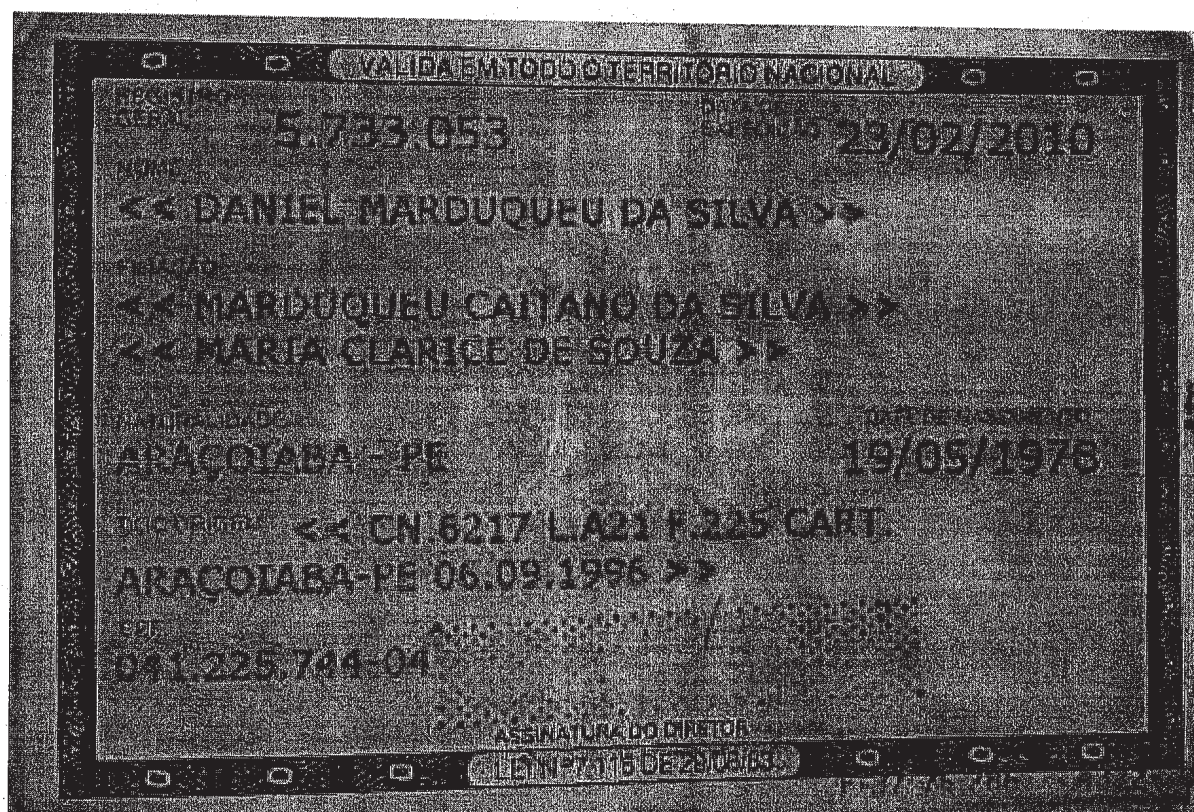
TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **041.225.744-04**

Nome: **DANIEL MARDUQUEU DA SILVA**

Data de Nascimento: **19/05/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/02/2000**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **20:33:21** do dia **30/10/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **C11C.7AA3.EE65.991A**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora.com.br> ou ligue para 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/BIBLIOTECASWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **DANIEL MARQUÊS DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o nº **041.225.744-04** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **DANIEL MARQUÊS DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o nº **041.225.744-04**, 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima, 09 de **Novembro** de 2019

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante