



Número: **0013908-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

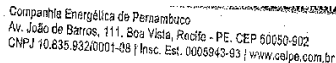
Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIEL MARDUQUEU DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64034755	01/07/2020 14:58	ANEXO 1	Outros (Documento)



DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA DANTAS TAVARES

CPF. 884.647.684-00

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV JOAQUIM NABUCCI, 77 - JARDIM

TIMBO/ABREUE LIMA
ABREUE LIMA PE
63520-170

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTIFICAÇÃO	SERIE	CLASSIFICAÇÃO
080170643	UNICA	09/10/2019
APRESENTAÇÃO	PROCESSAMENTO	Nº DA INSTAÇÃO
09/10/2019	2002655799	5355976

CONTRATO
 7006423854
 10/2019
 DATA DE VENCIMENTO
 16/10/2019
 DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
 09/11/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$)
 620,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (LWI)			
Acrescimo Bandeira AMARELA	316,0000000	0,91089952	499,39
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,71
Contrib. Ilum. Publica Municipal			26,44
ICMS Subvenção-COE-NF 072529587-07/08/19			77,10
Multa por atraso-NF 072529587-07/08/19			3,19
Juros por atraso-NF 072529587-07/08/19			7,21
			3,24
TOTAL DA FATURA			

TOTAL DA FATURA

620,28

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	06-09-2019	60.701,00	09-10-2019	61.317,00	33	1,00000		618,00
3132296870	OUT	06-09-2019	12.990,00	09-10-2019	12.781,00	33	1,00000		171,00

RECEITA DE CONSUMO

Mês/Ano	Receita de Consumo (R\$ MIL)
OUT 19	618
SET 19	618
AGO 19	448
JUL 19	621
JUN 19	636
Mai 19	730
ABR 19	737
MAR 19	950
FEV 19	893
JAN 19	778
DEZ 18	1019
NOV 18	816
OCT 18	823

DISTRIBUIÇÃO DE CUSTOS

Categoria	Valor (R\$ MIL)	Porcentagem (%)
Transmissão	167,27	31,84%
Distribuição (Cabo)	18,37	3,47%
Perdas de Energia	111,66	21,07%
Energia Setorial	35,13	6,83%
Tratada	28,23	4,95%
Total	170,71	32,24%
Total	529,54	100%

INFORMAÇÕES DE DISTRIBUIÇÃO

Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	25,00	132,38
PIS	1,70	8,63
COFINS	5,30	28,53

TARIFAS REGULADAS

Resolução ANEEL (RTE) = 0,04933003

RECEITA DE CONSUMO

R\$ 3.348,74 R\$ 3.421,48 R\$ 3.484,74 R\$ 3.548,74 R\$ 3.612,48 R\$ 3.676,74 R\$ 3.740,48 R\$ 3.804,74 R\$ 3.868,48 R\$ 3.932,74 R\$ 3.996,48 R\$ 4.060,74 R\$ 4.124,48 R\$ 4.188,74 R\$ 4.252,48 R\$ 4.316,74 R\$ 4.380,48 R\$ 4.444,74 R\$ 4.508,48 R\$ 4.572,74 R\$ 4.636,48 R\$ 4.700,74 R\$ 4.764,48 R\$ 4.828,74 R\$ 4.892,48 R\$ 4.956,74 R\$ 5.020,48 R\$ 5.084,74 R\$ 5.148,48 R\$ 5.212,74 R\$ 5.276,48 R\$ 5.340,74 R\$ 5.404,48 R\$ 5.468,74 R\$ 5.532,48 R\$ 5.596,74 R\$ 5.660,48 R\$ 5.724,74 R\$ 5.788,48 R\$ 5.852,74 R\$ 5.916,48 R\$ 5.980,74 R\$ 6.044,48 R\$ 6.108,74 R\$ 6.172,48 R\$ 6.236,74 R\$ 6.300,48 R\$ 6.364,74 R\$ 6.428,48 R\$ 6.492,74 R\$ 6.556,48 R\$ 6.620,74 R\$ 6.684,48 R\$ 6.748,74 R\$ 6.812,48 R\$ 6.876,74 R\$ 6.940,48 R\$ 7.004,74 R\$ 7.068,48 R\$ 7.132,74 R\$ 7.196,48 R\$ 7.260,74 R\$ 7.324,48 R\$ 7.388,74 R\$ 7.452,48 R\$ 7.516,74 R\$ 7.580,48 R\$ 7.644,74 R\$ 7.708,48 R\$ 7.772,74 R\$ 7.836,48 R\$ 7.900,74 R\$ 7.964,48 R\$ 8.028,74 R\$ 8.092,48 R\$ 8.156,74 R\$ 8.220,48 R\$ 8.284,74 R\$ 8.348,48 R\$ 8.412,74 R\$ 8.476,48 R\$ 8.540,74 R\$ 8.604,48 R\$ 8.668,74 R\$ 8.732,48 R\$ 8.796,74 R\$ 8.860,48 R\$ 8.924,74 R\$ 8.988,48 R\$ 9.052,74 R\$ 9.116,48 R\$ 9.180,74 R\$ 9.244,48 R\$ 9.308,74 R\$ 9.372,48 R\$ 9.436,74 R\$ 9.500,48 R\$ 9.564,74 R\$ 9.628,48 R\$ 9.692,74 R\$ 9.756,48 R\$ 9.820,74 R\$ 9.884,48 R\$ 9.948,74 R\$ 10.012,48 R\$ 10.076,74 R\$ 10.140,48 R\$ 10.204,74 R\$ 10.268,48 R\$ 10.332,74 R\$ 10.396,48 R\$ 10.460,74 R\$ 10.524,48 R\$ 10.588,74 R\$ 10.652,48 R\$ 10.716,74 R\$ 10.780,48 R\$ 10.844,74 R\$ 10.908,48 R\$ 10.972,74 R\$ 11.036,48 R\$ 11.100,74 R\$ 11.164,48 R\$ 11.228,74 R\$ 11.292,48 R\$ 11.356,74 R\$ 11.420,48 R\$ 11.484,74 R\$ 11.548,48 R\$ 11.612,74 R\$ 11.676,48 R\$ 11.740,74 R\$ 11.804,48 R\$ 11.868,74 R\$ 11.932,48 R\$ 11.996,74 R\$ 12.060,48 R\$ 12.124,74 R\$ 12.188,48 R\$ 12.252,74 R\$ 12.316,48 R\$ 12.380,74 R\$ 12.444,48 R\$ 12.508,74 R\$ 12.572,48 R\$ 12.636,74 R\$ 12.700,48 R\$ 12.764,74 R\$ 12.828,48 R\$ 12.892,74 R\$ 12.956,48 R\$ 13.020,74 R\$ 13.084,48 R\$ 13.148,74 R\$ 13.212,48 R\$ 13.276,74 R\$ 13.340,48 R\$ 13.404,74 R\$ 13.468,48 R\$ 13.532,74 R\$ 13.596,48 R\$ 13.660,74 R\$ 13.724,48 R\$ 13.788,74 R\$ 13.852,48 R\$ 13.916,74 R\$ 13.980,48 R\$ 14.044,74 R\$ 14.108,48 R\$ 14.172,74 R\$ 14.236,48 R\$ 14.300,74 R\$ 14.364,48 R\$ 14.428,74 R\$ 14.492,48 R\$ 14.556,74 R\$ 14.620,48 R\$ 14.684,74 R\$ 14.748,48 R\$ 14.812,74 R\$ 14.876,48 R\$ 14.940,74 R\$ 15.004,48 R\$ 15.068,74 R\$ 15.132,48 R\$ 15.196,74 R\$ 15.260,48 R\$ 15.324,74 R\$ 15.388,48 R\$ 15.452,74 R\$ 15.516,48 R\$ 15.580,74 R\$ 15.644,48 R\$ 15.708,74 R\$ 15.772,48 R\$ 15.836,74 R\$ 15.900,48 R\$ 15.964,74 R\$ 16.028,48 R\$ 16.092,74 R\$ 16.156,48 R\$ 16.220,74 R\$ 16.284,48 R\$ 16.348,74 R\$ 16.412,48 R\$ 16.476,74 R\$ 16.540,48 R\$ 16.604,74 R\$ 16.668,48 R\$ 16.732,74 R\$ 16.796,48 R\$ 16.860,74 R\$ 16.924,48 R\$ 16.988,74 R\$ 17.052,48 R\$ 17.116,74 R\$ 17.180,48 R\$ 17.244,74 R\$ 17.308,48 R\$ 17.372,74 R\$ 17.436,48 R\$ 17.500,74 R\$ 17.564,48 R\$ 17.628,74 R\$ 17.692,48 R\$ 17.756,74 R\$ 17.820,48 R\$ 17.884,74 R\$ 17.948,48 R\$ 18.012,74 R\$ 18.076,48 R\$ 18.140,74 R\$ 18.204,48 R\$ 18.268,74 R\$ 18.332,48 R\$ 18.396,74 R\$ 18.460,48 R\$ 18.524,74 R\$ 18.588,48 R\$ 18.652,74 R\$ 18.716,48 R\$ 18.780,74 R\$ 18.844,48 R\$ 18.908,74 R\$ 18.972,48 R\$ 19.036,74 R\$ 19.100,48 R\$ 19.164,74 R\$ 19.228,48 R\$ 19.292,74 R\$ 19.356,48 R\$ 19.420,74 R\$ 19.484,48 R\$ 19.548,74 R\$ 19.612,48 R\$ 19.676,74 R\$ 19.740,48 R\$ 19.804,74 R\$ 19.868,48 R\$ 19.932,74 R\$ 20.000,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES[illegible]

ATENÇÃO: O DELETE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

[illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO CRUZ DE REBOUCAS	VALOR DEBÍTO DEBÍTO	LÍMITE MENSAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL	TENSÃO	
					NOMINAL (%)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (%)
					VERÃO	INVERNO
DIC	4,84	5,18	10,38	20,77	220	202
FEB	3,00	3,31	6,60	13,20	380	391
DMIC	2,87	2,84	0,00	0,00		

Límite DICIN: 12,22

EUUSD - Valor do Encargos de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 181,80

Limite D/CPI: 12,22 ELUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição: R\$ 181,80

MIYABI DE TENBAC

O - (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
20	202	231
80	350	399

AUTORIZADO POR REGIMEN ESPECIAL
CENSAO COM MUD. DO ABRIGADO

CONTA CONTRATO	MESIANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7008423854	10/2019	18/10/2019	620,28
83600000006-8 20280011007-1 00642385410-0 14234007293-0			



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.836.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



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

DADOS DO CLIENTE

JOSE PAULO DA SILVA
MID544P01
CPF: 389.727.354-34

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE FRANCISCO DE PAULA 9 CS-
RESIDENCIAL RESERVA DA PITANGA QD-G
AGAMENON MAGALHAES/IGARASSU
53800-000 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

DATA DE VENCIMENTO

01/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

130,60

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 16 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,27049070	8,11	Vencido 02/10/19 113,67
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,46389834	32,45	
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	

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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
DESCRIÇÃO	R\$	%
Geração de Energia	35,07	32,95
Transmissão	3,87	3,84
Distribuição (Celpe)	23,49	22,07
Encargos Setoriais	2,30	2,16
Tributos	34,31	32,23
Perdas de Energia	7,40	6,55
TOTAL	106,44	100

HISTÓRICO DO CONSUMO		
PERÍODO	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
OUT 19	113,67	113,67
SET 19	113,67	113,67
AGO 19	113,67	113,67
JUL 19	113,67	113,67
JUN 19	113,67	113,67
MAI 19	113,67	113,67
ABR 19	113,67	113,67
MAR 19	113,67	113,67
FEV 19	113,67	113,67
JAN 19	113,67	113,67
DEZ 18	113,67	113,67
NOV 18	113,67	113,67
OUT 18	113,67	113,67

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.
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
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 16,60	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 36,83				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ana karolline porfirio ribeiro: r onze cahab i / antonio alexandre de barros co: r agamenon magalhães n° 02 centroLista 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%(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.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO
	MÍNIMO
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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1143606

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

Senha de Classificação:

0108

Paciente: 354327 DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

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

queixa de dor no punho direito
após trauma de subluxação distal

EXAME FÍSICO:

Exame físico normal, punho direito
com dor à palpação no punho
e na base da 5ª metacarpiana

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

Lesão ligamentar no punho
Fratura da base da 5ª metacarpiana

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rodrigio Victor Lependa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20912

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) Analgésico	
2) Antibiótico	
3) Anti-inflamatório	
4) Transfusão	

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () 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: 041.225.744-04 4 - Nome completo da vítima: DANIEL MAROUQUEU 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 MAROUQUEU DA SILVA 6 - CPF: 041.225.744-04
7 - Profissão: ENFERMEIRO 8 - Endereço: RESIDENCIAL RESERVA NA PIRANGA 9 - Número: 09 10 - Complemento: QUADRA-G
11 - Bairro: AGAMENON MAGALHÃES 12 - Cidade: IGARASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53600-000
15 - E-mail: balbrinape@hotmail.com (31) 999441109 16 - Tel. (DDD): (81) 3538-0063

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

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

AGÊNCIA: 02080 CONTA: 352241 (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. 39, §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 (mãe 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 (vairnascer)? ☐ 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

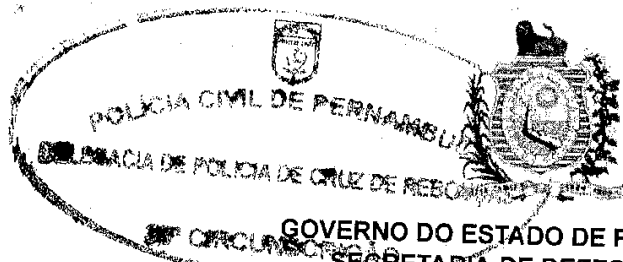
40 - Local e Data, Abreu e Lima/PE 09/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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**

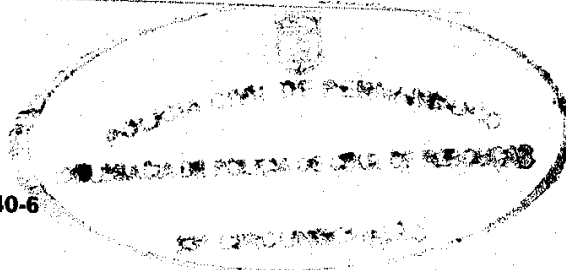
Complemento / Observação

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 041.225.744-04 4 - Nome completo da vítima: DANIEL MAROUQUEU 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 MAROUQUEU DA SILVA 6 - CPF: 041.225.744-04
7 - Profissão: ENFERMEIRO 8 - Endereço: RESIDENCIAL RESERVA NA PIRANGA 9 - Número: 09 10 - Complemento: QUADRA-G
11 - Bairro: AGAMENON MAGALHÃES 12 - Cidade: IGARASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53600-000
15 - E-mail: balbrinape@hotmail.com (31) 999441109 16 - Tel. (DDD): (81) 3538-0063

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

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

AGÊNCIA: 02080 CONTA: 352241 (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. 39, §19, 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 (mã 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 (vairnascer)? ☐ 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: Abreu e Lima/PE 09/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

00100321/20

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3200011027** 3 - CPF da vítima: **041.225.744-04** 4 - Nome completo da vítima: **DANIEL MARDOQUEU 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 MARDOQUEU 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: **AGAMEON KAGALHAES** 12 - Cidade: **IGARASSU** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53.600-000**
15 - E-mail: **balbimospa@hotmail.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 ☒ 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 E 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: **0035224** 1

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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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

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: **Abreu e Lima/PE 20/01/2020**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Daniel Mardoqueu da Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

Rio de Janeiro, 27 de 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: INTERRUPÇÃO 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

Pag. 01851/01852 - carta_02 - INVALIDEZ

00040926



Carta nº 15423624





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

Rio de Janeiro, 27 de 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





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01969/01970 - carta_03 - INVALIDEZ

00050985



Carta nº 15344245





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15343737



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

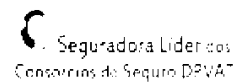
CONTA: 000000035224-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2002202005000000000023702080000000035224236250 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

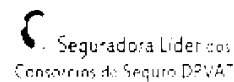
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RECONHEÇO

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

Cartório de Igarassu/PE - Ofício Único
Bel. Helio Guido Castro Santoanni
Rua Joaquim Nabuco nº 106, Centro - Igarassu/PE Fone: (81) 3543-0013 cartorioigarassu-pe@hotmail.com

Reconheço por autenticidade a assinatura de: DANIEL MARDUQUEU DA SILVA, CPF: 041.225.744-04, em 11/2019 09:30 em test* da verdade. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS (ESCREVENTE AUT.)
Emol. R\$ 3,51 TST. R\$ 0,80 FERM. R\$ 0,40 ISS. R\$ 0,08 FERM. R\$ 0,04 FUNSEG. R\$ 0,08 TST. Selo: 0130583 UBC10201905 01294. Consulte Autenticidade em <http://tjpe.jus.br/selodigital>

IGARASSU-PE
CARTÓRIO



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:

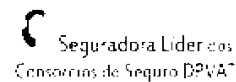
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2019

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

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

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.D.	EXERCÍCIO
1	27460879	123456789	2012

NOME
MACIEL VICTOR FERREIRA

ICARASSU-PE

CPF/CNPJ
071.334.234-04

PLACA ANT./UR

***** 22

PLACA
PEP 000

CLASS

SE2KCI5600T100152

ESPECIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

ALCOOL

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 FLY

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2011

CAP./POT./CIL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

CORP. DOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IEVA 2019 QUILATO

VENIO COTA ÚNICA

1º *****

I

P

V

A

FAIXA IPIVA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2º *****

3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO FATO

TOP (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DATA

ICARASSU

DATA

12/01/12

NOTA: Este documento é válido para fins de licenciamento.

Unidade Responsável em nome do DETRAN-PE

CONTRAN



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:	

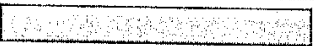
Período: 17/10/2019 14:40 - 17/10/2019 14:47

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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1143606

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

Senha de Classificação:

0108

Paciente: 354327 DANIEL MARDUQUEU DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

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

queixa de dor no punho direito
após trauma de subluxação distal

EXAME FÍSICO:

Exame físico normal, punho direito com dor à palpação e movimento de flexão e extensão.
Não há deformidade ou entumescimento.

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

Lesão do punho
Fratura do punho

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rodrigo Victor Lependa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20912

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) Analgesia	
2) Curativo	
3) Iodo	
4) Transfusão	

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO:

() Ambulatório

() Sala Verde

(X) Sala Amarela

() Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

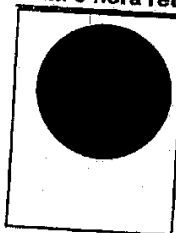


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

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:

crldp

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
NERI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ☒

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

Página 1 de 1



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 - lesões ósseas e lomboalgias

Exame Físico

CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO
MS com edema no cotovelo e punho

Hipótese Diagnóstico

FX I LX cotovelo + FX RADIO ULNAR LEI

Prescrição Médica

SOLICITO: RX DE COTOVELO + ANTEBRAÇO
+ PUNHO
INTERMEDIÁRIO,

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Ian Ladeira
CRM-PE 21590

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para
() Encaminhado ao setor de internação
Senha:


Lauda para solicitação de autorização de internação

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431569	
		HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431569	
5 - Nome do Paciente		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº Prontuário	
DANIEL MARDUQUEU DA SILVA				130467	
7 - Cartão Nacional do SUS		8 - Data de Nascimento		9 - Sexo	
700 60 244 082 42 66		19/05/1978		Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	
11 - Nome da Mãe		10 - Raça/Cor		10.1 - Etnia	
MARIA CLARICE DE SOUZA		03 - Parda		0000 - Não Se Aplica	
13 - Nome Responsável				12 - Telefone de Contato	
EDILMA FRANCISCA				8197318950	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				14 - Telefone de Contato	
RUA JOSEFA FRANCISCO DE PAULA, 9 - AGAMENON MAGALHAES					
16 - Município		17 - IBGE		18 - UF	
ILASSU		260680		PE	
				19 - CEP	
				53640378	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos					
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
ANTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA +- 12 HORAS COM TRAUMA EM COTOVELO + ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DOR E EDEMA NO MESMO					
ENTE ORIENTADO EUPNEICO ESTAVEL					
E 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					
S525					
553.1					
25 - CID 10 Secundário					
W199					
V29.9					
26 - CID 10 Causas Associadas					
04.08.02.015-6					
04.08.02.040-7					
27 - Descrição do Procedimento Solicitado					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA					
29 - Especialidade					
CIRÚRGICA					
30 - Caracter de Atendimento					
2					
31 - Documento					
(X) CNS () CPF					
32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente					
980016278437533					
34 - Data da Solicitação					
18/10/2019					
35 - Assinatura e Carimbo (Nº 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 Trajetado					
39 - CNPJ Seguradora					
40 - Nº Bilhete					
41 - Série					
42 - CNPJ / Empresa					
43 - CNAE / Empresa					
44 - CBOR					
45 - Vínculo com a Previdência					
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apr					
46 - Nome do Profissional Autorizador					
AUTORIZAÇÃO					
47 - Cód. Órgão Emissor					
E260000001					
48 - Documento					
() CNS () CPF					
49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador					
50 - Data da Autorização					
51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)					
Adalberto Telino					
CRM 20614					
CRM-PE 23.590					
CRM-PB 99.499					
CRM-PA 23.590					
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

Convênio: 001

Anestesia: 74

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

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 + OSTEOSSÍNTESE 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 ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DORSAL DE APROX. 10CM E DIVULSÃO 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 TÍLIOIDE. 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
04/11/19Dr. Pedro Thiago de Sousa Lima
Ortopedia
CRM-PE 23122DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

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

54 35388

Nome do Paciente:

DANIEU MACHADO DA SILVA

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:

AVISGOTE CAUSAS CLINICAS DE HOTO WZ TRAMA NO LOTJEW
E RUPID (E)

Hipótese Diagnóstica:

AVISGOTE DE HOTO WZ TRAMA NO LOTJEW + FORTUNA RAO
DISIA

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 Estimulo 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 Estimulo Doloroso 5
Retirada ao Estimulo 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 () Midríase () 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: Vitima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibióticoterapia: 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

Tto. Uterino

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: 114
Medico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: 10:30

Local e data

11/10/19

Rodrigo Victor Lapenda
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	# S O T #
	HD: 2 - 15 - 20
	ED: 20 - 15 - 20
	EUPNEICO, SEM NOVAS
	ALERGIAS
	CD: ADOLESCENTE
20/10/19	# S O T #
11h	HD: 20 - 15 - 20
	Paciente em observação
	HD: 20 - 15 - 20
	CD: ADOLESCENTE
	STAFF DR IVAN

Dr. Ivan Lacort
CRM-PE 98765
CBO-PE 23390359

Dr. Ivan Lacort
CRM-PE 98765
CBO-PE 23390359

Dr. Daniel Mardukeu da Silva
CRM-PE 11775



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Yaniel / Miroslav Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

MAO

20/11/19 • 29/10/19: fx ext. distal do uselia
has ^{emp.} RAPI cover plaque + fexas k

Sciurus arizonae

EF FO

cc Solicitação R\$ } Fa quare (Coer-
nuicos articulas)
ly Impleto bleo posico
node.
Remover pontos
Retorno em 15d=

Dr. Pedro Thiago de Sousa Lima
Ortopedia
CRM-PE 25122



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 UF...: PE CEP: 53640378
CID Principal..... : Plano...: PLANO UNICO
CID's Secundários. :
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: DANIEL MATEUS DA SILVA

IDENTIFICAÇÃO

Idade: 41

Sexo: M () F () Profissão: _____

Fone: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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: Acidente de trânsito no trânsito

CAUSAS CLÍNICAS

Hipótese Diagnóstica: Luxação do LTO VEW + fratura da

distin

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
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



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 50006

Usuário: ROSEANERSN

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **DANIEL MARDUQUEU DA SILVA**
Idade: 41a 4m 30d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 130467
Profissão: Escolaridade: Data de Nascimento: 19/05/1978
R.G.: 5733053 C.P.F.: 04122574404 Telefone: CEP 53640378
Endereço: RUA JOSEFA FRANCISCO DE PAULA, 9 - AGAMENON MAGALHAES - IGARASSU - PE
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: _____
Endereço: _____ R.G.: _____ C.P.F.: 041119
Telefone: _____ Número: _____ Estado civil: _____
Cidade: _____

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 30/02/19 Hora da Alta: _____
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: bons

Diagnóstico Principal..... Lx do cotovelo + fx do rádio distal à (E)
Diagnóstico Secundário01.: _____
Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento..... 29/02/19: RFI e placa por fx do rádio distal
18/10: Redução fechada do cotovelo
REVISAO CCH-HMA
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





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	7.742.986
DATA DE EXPIRAÇÃO	12/05/2017
NOME -<< ROSEANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>-	
FILIAÇÃO -<< SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>- -<< INACIA FERNANDES DANTAS >>-	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
CAMPINA GRANDE - PB	07/04/1973
OCCORRÊNCIA -<< CC 26745 L47B F68 CART SEDE CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>-	
CPF 884.647.684-00	
ASSINATURA DO DIRETOR PAUCAL	
LEIA: 110 DE 2008	
317052661805134701.7453785	
F-76 88.077 - 3422	







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**

Dígito 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.)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que toda 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 **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **DANIEL MARQUES DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **041.225.744-04**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **DANIEL MARQUES 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço 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

Assinatura e data 09 de *Setembro* de 2019
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

