

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009461/20

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

CPF: 122.846.584-31

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: IGOR JOSE FELIX 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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA : 122.846.584-31

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010406 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (P8).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DO PÉ 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 5º DEDO DO PÉ
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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
COMERCIAL 116 | PRONT
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 Telefone
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos**

DADOS DO CLIENTE JOSENEIDE DO CARMO PERCILIO DA SILVA CPF: 856.487.444-04	DATA DE VENCIMENTO 20/12/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 131,88	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/12/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/12/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 088199309	CONTA CONTRATO 007024883757 Nº DO CLIENTE 2015389327 Nº DA INSTALAÇÃO 0000060582
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOSE BONIFACIO 218 TIMBO/ABREU E LIMA 53520-395 ABREU E LIMA PE	RESERVADO AO FISCO C7C0.F705.DB48.EADE.7445.3B52.F44E.3739		
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			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	142,00	0,75727874	107,53
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,14
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 080482502-11/10/19			0,87
TOTAL DA FATURA			131,88

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
113,24	25,00	28,31	113,24	0,44	0,49	113,24	2,02	2,28

Vencido	Dt Recv	Valor	Vencido	Dt Recv	Valor
16/06/19	14/12/19	85,19	17/06/19	06/08/19	100,00
17/07/19	09/08/19	124,83	20/05/19	06/08/19	119,50

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois meses consecutivos, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer a cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(KWh)	0,54933000	DEZ 19	
		NOV 19	
		OUT 19	
		SET 19	
		AGO 19	
		JUL 19	
		JUN 19	
		MAI 19	
		ABR 19	
		MAR 19	
		FEV 19	
		JAN 19	
		DEZ 18	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003161296790	CAT	12/11/2019	3.405,00	14/12/2019	3.547,00	32	1,00000	0,00	142,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/01/2020

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! karmella bolsas calçados e ac: av. brasil 33 centro / pop farma: av duque de caxias 590 controlista completa em www.ceipe.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.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAIS	META TRIMESTRAL
out/2019				
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICR: 0,00	
ELRD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 42,36				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer momento.				

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	238

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 103668667 09/2019
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
		1	1	
HIDRÔMETRO A17S224252	DATA LEIT. ANTERIOR 29/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/12/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD	

ÁGUA:
LEIT. ANT: 4 CONSUMO: 1
LEIT. ATU: 4
LEIT. FAT: 4 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
11/2019 01	TURBIDEZ	48	48	45
10/2019 01	COR APARENTE	48	48	32
09/2019 01	CLORO RESIDUAL	48	48	48
08/2019 01	COLIF. TOTAIS	48	48	47
07/2019 01	E. COLI	48	48	48
06/2019 01				

MÉDIA: 01 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO-
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
CORTE 11/2019		9,02
RELIQUÍDAS 11/2019		9,02
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		2,19
JUROS DE MORA 09/2019 10/2019		2,01

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IMC	108,92	1,65	1,80
COPIMS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/01/2020

TOTAL A PAGAR: 131,16

mensagem:

PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOOLICOS ANONIMOS
(81) 3221-3592/93476-3207

IMPRESSO EM: 30/12/2019 13:01:56

VALOR DO CLIENTE



571132
0009461/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0117000061

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/01/2020 às 09:56

Complementa o BO Número: 19E0117003952

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 28/9/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1** - Bairro: **CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JACILENE MARIA SILVA DA COSTA (OUTRO)
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JACILENE MARIA SILVA DA COSTA

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

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO FELIX DA SILVA** Data de Nascimento: **7/12/1995** Naturalidade: **DIADEMA / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **8914565/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares:
- **988992185**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE FOSFATO (BAIRRO), 218, RUA ALTO JOSE BONIFACIO - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JACILENE MARIA SILVA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA JOSE BONIFACIO, 191 - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CELTA PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCR8598** (PERNAMBUCO/ABREU E LIMA) Renavam: **116302814** Chassi: **9C2KC2200JR173007**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

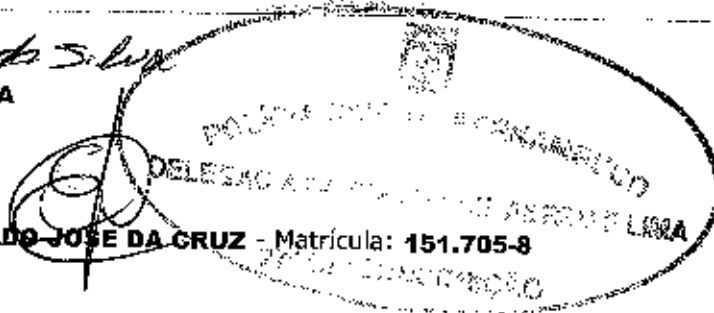
Complemento / Observação

PASSOU A INFORMAR O SR ° IGOR JOSE QUE CONTRATOU UM MOTOTAXI QUE O CONDUTOR É CONHECIDO POR JOÃO MARCOS, QUE FOI EM DIREÇÃO PARA SUA CASA QUANDO NAS PROXIMIDADE DO POSTO DE ABASTECIMENTO DE COMBUSTIVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEICULO CELTA NA COR PRATA, SEM SABER DECLINAR A PLACA DO VEICULO E SEM SABER O NOME DO MOTORISTA DO CITADO VEICULO, QUE VEIO A CAIR SOBRE O SOLO, LESIONANDO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, QUE O MOTORISTA DO CELTA SOCORREU O SR ° IGOR JOSE, O LEVANDO-O PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE IGARASSU-PE, QUE NO MESMO DIA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

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


IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ERINALDO JOSE DA CRUZ** - Matrícula: **151.705-8**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E01.17003952

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/12/2019 às 11:37

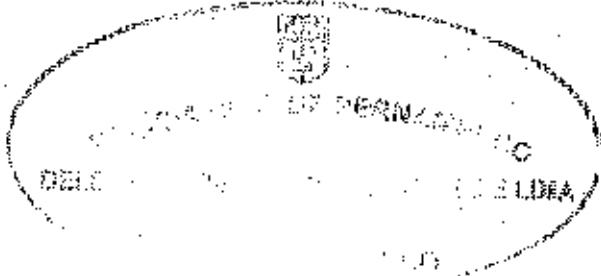
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado), que aconteceu no dia 27/9/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA Data de Nascimento: 7/12/1995 Nacionalidade: DIADENA / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 8914649/SBS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: 982392185

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): SIM PARA EXAME DE CORPO DELITO

Endereço Residencial: BAIRRO DE FOSFATO (BAIRRO), 218, RUA ALTO JOSE BONIFÁCIO - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

Celta Prata (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/GM/Celta Objeto apreendido: Não

Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

PASSOU A INFORMAR O SR. IGOR JOSE QUE CONTRATOU UM MOTOTAXI, QUE FOI EM DIREÇÃO PARA SUA CASA QUANDO NAS PROXIMIDADE DO POSTO DE ABASTECIMENTO DE COMBUSTÍVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEICULO CELTA NA COR PRATA, SEM SABER DECLINAR A

PLACA DO VEICULO E SEM SABER O NOME DO MOTORISTA DO CITADO VEICULO, QUE VEIO A CAIR SOBRE O
SOLDO, LESIONANDO SEU DEDO MENOR DO PE ESQUERDO, QUE O MOTORISTA DO CELTA SOCORREU O SR. IGOR
JOSE, O LEVANDO-O PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE IGARASSU-PE, QUE NO MESMO DIA FOI
TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRABES, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PE ESQUERDO,
SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

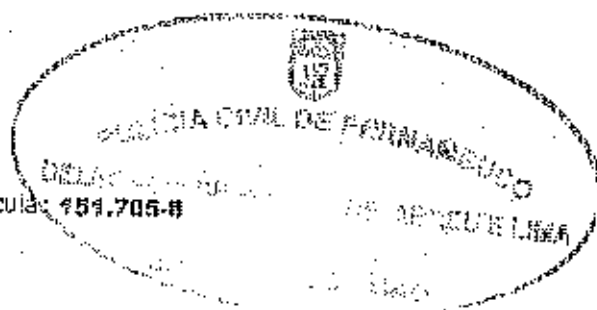
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

22/01/2020 Fel. 2 da Silva

IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **ERINALDO JOSE DA CRUZ** - Matrícula: **151.705-8**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

122.846.584-31

IGOR JOSÉ FELIX 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: 6 - CPF:

IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA

122.846.584-31

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

AV. SERVIÇOS

RUA JOSÉ BONIFÁCIL

218

CASA

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

TIMBÓ

ABREU E LIMA

PE

53.520-395

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

balbrinospe@hotmail.com (81) 99944109 (81) 3538-0069

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:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 02080

CONTA: 035 369

(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 (val 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.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/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 **JGOR JOSÉ FELIX DA SILVA**
inscrito (a) no CPF sob o Nº **122.846.584-31** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
JGOR JOSÉ FELIX DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº **122.846.584-31**
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

Abreu e Lima/PE 08 de **Janeiro** de **2020**.

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

122.846.584-31

IGOR JOSÉ FELIX 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: 6 - CPF:

IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA

122.846.534-31

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

AVX. SERVIÇOS

RUA JOSÉ BONIFÁCIL

218

CASA

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

TIMBÓ

ABREU E LIMA

PE

53.520-395

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

balbrinospe@hotmail.com (81) 99944109 (81) 3538-0069

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:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 02080

CONTA: 035 369

(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 (val 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010406

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IGOR JOSE FELIX 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

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010406

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGOR JOSE FELIX 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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000002080-P

Conta: 0000035369-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02080-P

CONTA: 000000035369-8

Nr. Autenticação

BRADESCO160120200500000000002370208000000003536967500 PAGO

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 18:16

Nome Paciente:	IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	07/12/1995
Sexo:	Masculino
Idade:	23 anos
Senha:	0150
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 28/09/2019 18:39 - 28/09/2019 18:39

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	RELATO DE TRAUMA EM PÉ E
Observação:	ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA HAS- DM-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 18:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Atendimento: 1136632

Senha da Classificação:

0150

Data e Hora: 28/09/2019 18:42

Paciente: 352944 IGOR JOSE FELIX DA SILVA Sexo: MASCULINO
 Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
 Data de Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
 Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
 Endereço: RUA JOSE BONIFACIO -- Bairro: TIMBO
 Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53520395 Usuário Atendimento: CECILIAMRS
 RG (Identidade): Data de Emissão: CNS:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 87955234
 CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm mmHg
 DATA: / / HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Ouedo no lá 3 hores,
 Quei com hores e 15 de

EXAME FÍSICO:

m: solto de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA 24h IGARASSU
ATENDIDO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

Clonitina 26 + M e P

Clonitina 100g + SF7, 9% do ufo de

Costa Neto
Ortopedia e Traumatologia

Médico / Cremepe:

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

Médico / Cremepe:

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

Nome do Paciente: JOSE FELIX DA SILVA
 Data de Nascimento: 11/03/53
 Estado Civil: SOLTEIRO
 Nome da Mãe: ANTONIA DA SILVA
 Endereço: RUA JOSE BONFACIO
 Cidade: ABRIL
 UF: RS
 Data de Registro: 01/01/93

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

28/07 Paciente admitido na sala esperando tipo medicação com propofol e efedrina p/ H.M. A
 21:00h

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição
 () TRANSFERÊNCIA LOCAL: MUS SENHA: 5781733
 () ÓBITO Data: / / ÀS () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: / / HORA: :

NOME LEGÍVEL:

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



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 (481) 33

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: João da Silva Idade: 35

Sexo: M () F () Profissão: Motorista Fone: 3333-3333

Endereço Residencial: Rua da Paz, 123 Bairro: Centro

Cidade: Recife

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: Carro
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada 2 Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo Arma Branca () Arma Branca/Tipo: Facão
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: Outros
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente com dor abdominal em hipocôndrio direito há 2 dias.

Hipótese Diagnóstica: Úlceras pépticas

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): 100 Temperatura: 36,5 F.C.: 72 P.A.: 120/80
Vias Aéreas: FR 12 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

Gravidade Clínica

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 22:58



Nome Paciente: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/12/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23 anos
Senha: 0045
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/09/2019 23:01 - 28/09/2019 23:06

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PAC. ENCAMINHADO PELA UPA DE IGARASSÚ, COM SENHA: 5781733, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, COLIDIU COM A MOTO NO POSTE, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MIE SIC.

Observação: NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBIDO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)
Local.....
Cledilson da Hora
Coren-PE 376.167 - ENF
Enfermeiro

Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 23:06



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 497226

Senha da Classificação:

0045

Data e Hora: 28/09/2019 23:10

Paciente: 129873 IGOR JOSE FELIX

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: ALTO JOSE BONIFACIO

218

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Y/TIRA DO OLETO DE MOTO
COM TATUAGEM EM PELE
NÃO ABELHAS COM 3/1006

Exame Físico

VONTADES
CONSISTENTE ORIENTADO KUPNICO
MIE TATUAGEM DE PELE

Hipótese Diagnóstico

TATUAGEM S. PELE

Prescrição Médica

NO 34040

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. João Leão
CRM-PE 22590

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () 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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	IGOR JOSE FELIX			6 - Nº Prontuário	129873
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
704104196760973	07/12/1995	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA JOSE DOS SANTOS			12 - Telefone de Contato	8198795533
13 - Nome Responsável	EMANUELE			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ALTO JOSE BONIFACIO, 218 - TIMBO	260005	PE	53520090		
Município	LIMBUZINHA				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA + 2 HORAS COM TRAUMA EM PE ESQUERDO COM LACERAÇÃO E EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM 5º PDE
CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO AFEBRIL
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
HD: FRATURA EXPOSTA DE 5º PDE
CD: INTERNAMENTO + BLOCO CIRURGICO

21 - Condições que justificam a internação
CITADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FISICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO E

24 - CID 10 Principal

S923

S931

25 - CID 10 Secundário

V199

26 - CID 10 Causas Associadas

28 - Código do Procedimento

0415020069

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do 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

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITO

34 - Data da Solicitação

28/09/2019

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

42 - CNPJ / Empresa

40 - Nº Bilhete

43 - CNAE / Empresa

41 - Série

44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

E260000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)

AIH
261910220982-3

Código do Laudo:

497226

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

Página.: 0001

Data.....: 29/09/2019

Hora.....: 04:26

Aviso de Cirurgia : 59834

Paciente : 129873

Convênio Atend. : 1

Leito : 229

Dt. Início : 29/09/2019 03:55

Cid Pré-Operatório : S923

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

IGOR JOSE FELIX

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 002

Dt. Fim : 29/09/2019 04:25

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento : 497228

Carteira :

Idade : 23 Anos

Procedimento: 0408050691

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA /
INTER-FALANGIANA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5° PDE

CIRURGIA: LC + DC + RAFI COM FIO K

CIRURGIÃO: DR. ANTONIO QUEIROZ

1° AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO

ANESTESISTA: O CIRURGIÃO

ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO GRAVE, COM PERDA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA + LESÃO TENDINEA EM 5° PDE
- DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
- LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% -
7. FIXADO FRATURA COM 01 FIO K 1.0
8. SUTURA DE PELE COM NYLON 3-0
9. CURATIVO ESTÉRIL
10. RX DE CONTROLE
11. TALA BOTA

OBS.: VIGIAR PERFUSÃO DE 5° PDE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 25.670DR(A) : ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM : 19797



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: IGOR JOSÉ FELIX REG: 129873

IDADE: 23 SEXO: M DATA DA ALTA 29/09/2019 DATA DA ADMISSÃO 28/09/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5° PDE

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 29/09/2019: LC + DC + RAFI COM FIO K

ORIENTAÇÃO:

- MANTER TALA ATÉ RETORNO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA (ANALGÉSICOS E CEFALEXINA)
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 15 DIAS, DITO, RETORNO EM 1 SEMANA

ORIENTO PACIENTE A OBSERVAR PERFIL DE 5° PDE E RETORNAR AO HOSPITAL E
RECEBER PERFIL AMPLIADA. O PACIENTE COMPREENDE ORIENTAÇÕES.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Guilherme Borba Anselmo
Médico
CRM PE 27.749

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **IGOR JOSE FELIX** Prontuário: 129873
Idade: 23a 9m 22d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 07/12/1995
Profissão: Escolaridade: CEP 53520090
R.G.: C.P.F.: Telefone: - ABREU E LIMA - PE
Endereço: ALTO JOSE BONIFACIO, 218 - TIMBO
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 28/09/2019 23:22
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - LEITO 002
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 29 / 09 / 19 Hora da Alta: : :

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: UNIFORME ESTÁVEL.

Diagnóstico Principal.....: FRATURA UNILATERAL EXPOSTA DE SE BEM

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: LCP + PLT PARA COM FIO R.

Guilherme Borba Angélica
Médico
CRM-PE 27.749

Médico e CRM:

IGOR JOSE FELIX DA SILVA
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



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:IGOR JOSE FELIX DA SILVA REG:129873

NOME: IGOR JOSE FELIX DA SILVA REG: 129873
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Isor Jose Felix Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

#2089

10/1 20 (29/09/19) Luxes. It exists 5° NE

20 (02/10/19) Ampulca 5° NE

Each Gen for 1 Eng Gen
Ranking of 2 units

PO: San Guai Prefect

900 100 no bus & R

Dr. Juliano Machado
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.479 / COT 3185

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/10/2019 15:37

 Nome Paciente: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/12/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23 anos
Senha: 0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/10/2019 15:56 - 04/10/2019 16:11

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DO AMBULATÓRIO COM HISTÓRIA DE NECROSE DO 5º PDE.

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 83.00 BPM
- GLICOSE: 90.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 37.00 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local
Claudia Patricia da Silva
Enfermeira

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/10/2019 16:11

Atendimento: 498073
Senha da Classificação:
0020
Data e Hora: 04/10/2019 16:21
Paciente: 130057 IGOR JOSE FELIX DA SILVA
SAME: 116522
Sexo: FEMININO
Nome Social: IGOR JOSE FELIX

Data do Nascimento: 07/12/1995 **Idade:** 23 anos

Convênio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS **Registro:** 129873

Nome do Pai: SEVERIO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SEVERINO FELIX DA SILVA

Medico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346
Endereço: RUA PEROBA

Nº: 218

Bairro: MATINHA

Cidade/UF: ABREU E LIMA PE

Usuário Atendimento: SILVIASS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso: _____ **Altura:** _____ **Temperatura:** _____ **Hora:** _____

Queixa Principal

TRAUMATISMO DO PÉ ESQUERDO HÁ ± 07 DIAS
 SUBMETIDO A LIMPEZA E FIXAÇÃO

Exame Físico

WOUNDS 20 05° PDE.

Hipótese Diagnóstica

WOUNDS 20 05° PDE

Prescrição Médica

① IMPRESS

Ivan Márcio Guedes
 Traumatologista
 Cirurgia de Coluna
 CRM 14501

Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para
Senha:
() Encaminhado ao setor de internação



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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SAME: 116522

5 - Nome do Paciente	IGOR JOSE FELIX DA SILVA			Paciente	IGOR JOSE FELIX		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Registro	Nome Social			
	07/12/1995	Masculino	129873	Dt Nascimento	07/12/1995		
11 - Nome da Mãe	MARA JOSE DOS SANTOS			Mãe	MARIA JOSE DOS SANTOS		
13 - Nome Responsável	EMANUELE SILVA DE OLIVEIRA			Pai	SEVERINO FELIX DA SILVA		
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA PEROBA, 218 - MATINHA			Endereço	RUA PEROBA		
16 - Município	ABREU E LIMA			Bairro	MATINHA		
17 - IBGE	260005			Cidade	ABREU E LIMA		
18 - UF	PE			Nº 218			
19 - CEP	53585100			Telefone de Contato	87955334		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	ENTE VITIMA DE TRAUMA DO 05º PDE HA 1 SEMANA, COM FRATURA EXPOSTA DO 05 PDE SUBMETIDA A LIMPEZA E FIXAÇÃO, EVOLUI COM NECROSE DO 05 PDE		
21 - Condições que justificam a internação	NECROSE DE DEDO		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	RADIOGRAFIA: FRATURA DO 05 PDE		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
LESAO POR ESMAGAMENTO DO(S) ARTELHO(S)	S971 M87.2	V299	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	0408060042		
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	26322973450007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	04/10/2019	Ivan Marcio Guedes Cirurgião Ortopedista CRM 14501	14501

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
	Dr. Adriano Telino Traumatologia / Ortopedia CRM - 20.671 TEOT: 15866	

AIH
261910222162-6

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

Página.: 0001

Data.....: 05/10/2019

Hora.....: 12:29

Aviso de Cirurgia : 59972

Paciente : 130057

Sala : 0004 SALA 04

IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Atendimento : 498128

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 695

VERD2-19

Idade : 23 Anos

Dt. Início : 05/10/2019 11:55

Dt. Fim : 05/10/2019 12:15

Id Pré-Operatório : S626

FRATURA DE OUTROS DEDOS

Id Pós-Operatório : T348

GELADURA, COM NECROSE DE TECIDOS, DO TORNOZELO E DO PE

Procedimento: 0408060042

AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 42

LOCAL

URGIAO

18412 GABRIEL FREIRE MONTEIRO

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: NECROSE DE 5º PDE PÓS-TRAUMÁTICA

INTERVENÇÃO: AMPUTAÇÃO DE 5º PDE COM RECONSTRUÇÃO COM RETALHO NÃO-MICROCIRURGICO

OPERADOR: DR GABRIEL MONTEIRO

1º AUXILIAR: DR ICARO MÖLIM

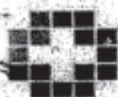
ANESTESISTA: O PRÓPRIO

ANESTESIA: LOCAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL
2. ASEPSIA + ANTISSEPSE DO MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADA NECROSE DE 5º PDE EM TODA SUA EXTENSÃO MEDIAL E PLANTAR COM ÁREA DE PELE PRESERVADA EM FACE DORSO-LATERAL
5. REALIZADA RETIRADA DE PONTOS DE SUTURA DE INTERVENÇÃO ANTERIOR E RESSECADO TODO O PODODACTILO AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO METATARSO-FALANGICA PRESERVANDO CARTILAGEM ARTICULAR DA CABEÇA DO METATARSO E TALHO DE PELE DORSO-LATERAL;
6. REALIZADO DEBRIDAMENTO DE RESTOS DE TECIDOS NECROTICOS + LIMPEZA MECANOCIRURGICA COM SF 0,9%;
7. SUTURA DO RETALHO PARA FECHAMENTO DA FERIDA OPERATÓRIA;
8. CURATIVO ESTÉRIL COM GASE E ATADURA.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
01/11/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADr. Icaro Mölim de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26560DR(A) : GABRIEL FREIRE MONTEIRO
CRM : 18412



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **498128**

Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**

SAME: 116522

Idade: 23a 9m 29d

Sexo: F

Estado Civil:

Profissão:

Escolaridade:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço: RUA PEROBA

, 218

Dados da

Data

Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-19

Médico Internação: IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

Numero:

Telefone:

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:

Hora da Alta:

Motivo:



Melhorado



A Pedido



Transferência



Óbito



Evasão

Condições de Alta:

Diagnóstico Principal.....:

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....:

Dr. Adauto Telfo
Traumatologia / Ortopedia
CRM - 20.671 TEOR. 16666

Médico e CRM:

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 05 de 10 de 2019

Igor Jose Felix da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

PATIENTE

SAME: 116522

Paciente IGOF JOSE FELIX

Nome Social

Dt Nascimento 07/2/1995

Registro: 129873

Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS

Pai SIVERINO FELIX DA SILVA

Endereço RUA PEROBA

Nº 218

Bairro MATINHA

Cidade ABREU DE LIMA

NOME: IGOF JOSE FELIX

CLÍNICA: ORTOPEDIA

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
4/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
17:40	PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA DO PÉ HÁ 1 SEMANA
	COM EVOLUÇÃO PARA NECROSE DO 05º PDE
	CD- INDICO AMPUTAÇÃO
05/10/19	# SOT #
09:28	UD: Necrose do 5º PDE
	Em tempo, paciente avaliado por Dr. Gabriel
	Montaino, o qual indicou amputação para o caso,
	diante do aspecto necrótico do 5º PDE e à isquemia
	local.
	CD: Ao globo cirúrgico
	Fornece turno de amputação.
06/10/19	# SOT #
12:23	UD: A mesma
	P.O (05/10): Amputação do 5º PDE com reconstrução
	de retalho não microcirúrgico
	Paciente estável sem queixas. FO limpa e seca,
	nega dor no sítio de amputação.
	EG B, hOTG supnoca e afebril.
	CD: Alta hospitalar p/ seguimento ambulatorial.

Ivan Márcio Guedes
Traumato Ortopedia
Cirurgia da Coluna
CRM 14501

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27686 CRM-BA 33039

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27686 CRM-BA 33039



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

For pre filho
Paulo Pedro

Pariente Eulheres a filha
do 5º do 1º 6º 1º
Complicação de fratura
do 5º ME em 05/10/19.
No momento o bebê
está em 1º de 1º
Ortopedia
CRM-PE 15.979 TEO1

22/11/19

Dr. Juliano Machado
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.979 TEO1

Dr. Juliano Machado
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.979 TEO1

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

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 **5781733**

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: João Roberto Silva Idade: 23

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Marília

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Pront. com fratura de osso
de mão, com dor forte e inchaço

Hipótese Diagnóstica: Fr. de osso ext. em 5º Dº

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: ER _____ 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

fr. de osso

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 () 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 ALCÓOL 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 ()

Loló () 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

Procedimento de emergência

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: _____

Local e data

23/01/15

Médico Assistente

Cláudio Costa Neto

CRM-PE 24.150

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009461/20

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

CPF: 122.846.584-31

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IGOR JOSE FELIX 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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA : 122.846.584-31

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

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 18:16

Nome Paciente:	IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	07/12/1995
Sexo:	Masculino
Idade:	23 anos
Senha:	0150
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Período: 28/09/2019 18:39 - 28/09/2019 18:39

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	RELATO DE TRAUMA EM PÉ E
Observação:	ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA HAS- DM-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 18:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Atendimento: 1136632

Senha da Classificação:

0150

Data e Hora: 28/09/2019 18:42

Paciente: 352944 IGOR JOSE FELIX DA SILVA Sexo: MASCULINO
 Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
 Data de Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
 Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
 Endereço: RUA JOSE BONIFACIO -- Bairro: TIMBO
 Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53520395 Usuário Atendimento: CECILIAMRS
 RG (Identidade): Data de Emissão: CNS:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 87955234
 CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm mmHg
 DATA: / / HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Ouedo no lá 3 hores,
 Quei com hores e 15 de

EXAME FÍSICO:

m: soluto de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA 24h IGARASSU
ATENDIDO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

Clonitina 26 + M e Plavix
 Aspirina 100 + SF 7, 9. do ufora

Cláudio Costa Neto
Ortopedia e Traumatologia

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO:

() Ambulatório

() Sala Verde

(X) Sala Amarela

() Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

Nome do Paciente: JOSE FELIX DA SILVA
 Data de Nascimento: 11/03/53
 Estado Civil: SOLTEIRO
 Nome da Mãe: ANTONIA DE JESUS
 Endereço: RUA JOSE BONFACIO
 Cidade: ABRIL
 UF: RS
 Data de Registro: 01/01/93

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

28/07 Paciente admitido na sala esperando tipo medicação com propofol e efedrina p/ H.M. A
 21:00h

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição
 () TRANSFERÊNCIA LOCAL: MUS SENHA: 5781733
 () ÓBITO Data: / / ÀS () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANO:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: / / HORA: :

NOME LEGÍVEL:

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AX. SERVIÇOS

Identidade: 8.914.565-SDS/PE CPF: 122.846.584-31

Endereço: RUA JOSÉ ROZIFÁCIL, n° 218, TIMBÓ,
ABREU E LIMA-PE, CEP= 53.520-395

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 n° 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 28/09/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe 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.

ABREU E LIMA 03/01/2020
Local e data

Igor José Felix da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório
Alfredo Mariano





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **122.846.584-31**

Nome: **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**

Data de Nascimento: **07/12/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/09/2013**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:56:36** do dia **11/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A7D4.13C6.5644.D815**



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

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

1 43 10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIII

EC-3

POLEGAR DIREITO

Rossana Lígia Fernandes Dantas

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

DESCRIÇÃO << CC 26745 L47B F68 CART SEDE
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CNPJ 884.647.684-00

CLASSIFICAÇÃO DO DIRETORETO

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA	116392814	EXERCÍCIO	2019
DATA	25/02/19		

JACIELLE MARIA SILVA DA COSTA

ABREU M LIMA-E

CPF/CNPJ

921.952.024-91

PLACA

PCRH59B

CHASSI

SC2KC2200JH175007

ESPECIE/TIPO

PAS /MOTOCICLETA

MARCA / MODELO

BMW / R1200GS

ANO FAB

2019

COR PREDOMINANTE

PRETA

CATEGORIA

PARTIC

VENO / COTA UNICA

1º

VENO / COTAS

1º

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PREMIO TOTAL (R\$)

84.68

DATA DE PAGAMENTO

22/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ABREU M LIMA-E

CPF/CNPJ

921.952.024-91

PLACA

PCRH59B

CHASSI

SC2KC2200JH175007

Nº 014802653944

EXERCÍCIO

2019

DATA

25/02/19

PLACA

PCRH59B

CHASSI

SC2KC2200JH175007

ESPECIE/TIPO

PAS /MOTOCICLETA

MARCA / MODELO

BMW / R1200GS

ANO FAB

2019

COR PREDOMINANTE

PRETA

CATEGORIA

PARTIC

VENO / COTA UNICA

1º

VENO / COTAS

1º

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PREMIO TOTAL (R\$)

84.68

DATA DE PAGAMENTO

22/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ABREU M LIMA-E

CPF/CNPJ

921.952.024-91

PLACA

PCRH59B

CHASSI

SC2KC2200JH175007

ESPECIE/TIPO

PAS /MOTOCICLETA

MARCA / MODELO

BMW / R1200GS

ANO FAB

2019

COR PREDOMINANTE

PRETA

CATEGORIA

PARTIC

VENO / COTA UNICA

1º

VENO / COTAS

1º

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PREMIO TOTAL (R\$)

84.68

DATA DE PAGAMENTO

22/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ABREU M LIMA-E

CPF/CNPJ

921.952.024-91

PLACA

PCRH59B

CHASSI

SC2KC2200JH175007

ESPECIE/TIPO

PAS /MOTOCICLETA

MARCA / MODELO

BMW / R1200GS

ANO FAB

2019

COR PREDOMINANTE

PRETA

CATEGORIA

PARTIC

VENO / COTA UNICA

1º

VENO / COTAS

1º

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PREMIO TOTAL (R\$)

84.68

DATA DE PAGAMENTO

22/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ABREU M LIMA-E

CPF/CNPJ

921.952.024-91

PLACA

PCRH59B

CHASSI

SC2KC2200JH175007

ESPECIE/TIPO

PAS /MOTOCICLETA

MARCA / MODELO

BMW / R1200GS

ANO FAB

2019

COR PREDOMINANTE

PRETA

CATEGORIA

PARTIC

VENO / COTA UNICA

1º

VENO / COTAS

1º

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PREMIO TOTAL (R\$)

84.68

DATA DE PAGAMENTO

22/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ABREU M LIMA-E

CPF/CNPJ

921.952.024-91

PLACA

PCRH59B

CHASSI

SC2KC2200JH175007

ESPECIE/TIPO

PAS /MOTOCICLETA

MARCA / MODELO

BMW / R1200GS

ANO FAB

2019

COR PREDOMINANTE

PRETA

CATEGORIA

PARTIC

VENO / COTA UNICA

1º

VENO / COTAS

1º

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PREMIO TOTAL (R\$)

84.68

DATA DE PAGAMENTO

22/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ABREU M LIMA-E

CPF/CNPJ

921.952.024-91

PLACA

PCRH59B

CHASSI

SC2KC2200JH175007

ESPECIE/TIPO

PAS /MOTOCICLETA

MARCA / MODELO

BMW / R1200GS

ANO FAB

2019

COR PREDOMINANTE

PRETA

CATEGORIA

PARTIC

VENO / COTA UNICA

1º

VENO / COTAS

1º

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PREMIO TOTAL (R\$)

84.68

DATA DE PAGAMENTO

22/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ABREU M LIMA-E

CPF/CNPJ

921.952.024-91

PLACA

PCRH59B

CHASSI

SC2KC2200JH175007

ESPECIE/TIPO

PAS /MOTOCICLETA

MARCA / MODELO

BMW / R1200GS

ANO FAB

2019

COR PREDOMINANTE

PRETA

CATEGORIA

PARTIC

VENO / COTA UNICA

1º

VENO / COTAS

1º

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PREMIO TOTAL (R\$)

84.68

DATA DE PAGAMENTO

22/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ABREU M LIMA-E

CPF/CNPJ

921.952.024-91

PLACA