CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica, criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005993-99 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CPF

CLASSIFICAÇÃO
R1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA Classe
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

2454749017 01/2020
10/02/2020 14/02/2020
208,47

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo-TUSD Tarifa Social			4,20
Consumo-TUSD superior a 30 kWh			16,37
Consumo-TUSD superior a 100 kWh			45,70
Consumo-TUSD superior a 220 kWh			48,46
Consumo-TE-R$ 16,00/kWh			5,76
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh			15,98
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh			48,34
Consumo-TE superior a 220 kWh			40,16
Bandeira Amarela R$ 0,01343/kWh			4,47
Contribuição Iluminação Pública			18,49
[illegible]			1,94
[illegible]			7,41
[illegible]			3,66
[illegible]			1,82
[illegible]			3,21

Total a Pagar R$ 208,47

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	HORÁRIO	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DÉBITO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Transmissão	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]
Impostos	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]

	CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TOLERÂNCIA	LIMITE MÁXIMO	TEMPERATURA NORMAL (°C)	LIMITE DE TEMPERATURA (°C) MÍNIMO	MÁXIMO
DIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
DMIC		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			

CONTA CONTRATO	VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
[illegible]	[illegible]	10/02/2020	208,47

CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0905945-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF 845 234 444-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ROSEMIRO ALVES PEIXOTO

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
072064121	ÚNICA	08/10/2019

APRESENTAÇÃO	CÓD. CLIENTE	CÓD. INSTALAÇÃO
08/10/2019	2011166008	3479002

Nº DA INSTALAÇÃO: 7008475460
MÊS/ANO: 10/2019
DATA DE VENCIMENTO: 15/10/2019
DATA DE APRESENTAÇÃO: 08/11/2019
LEITURA ATUAL (R$): 53,62

DEMONSTRATIVO DE NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	69,0000000	0,81069852	47,93
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,90
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,82
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 072300654-08/08/19			0,90

TOTAL DA FATURA 53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO (ESTA NOTA FISCAL)

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3190287771	CAT	05/09/2019	252,00	06/10/2019	321,00	32	1,00000		69,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica, criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005993-99 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CPF

CLASSIFICAÇÃO
R1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA Classe
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

2454749017 01/2020
10/02/2020 14/02/2020
208,47

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo-TUSD Tarifa Social			4,20
Consumo-TUSD superior a 30 kWh			16,37
Consumo-TUSD superior a 100 kWh			45,70
Consumo-TUSD superior a 220 kWh			48,46
Consumo-TE-R$ 16,00/kWh			5,76
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh			15,98
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh			48,34
Consumo-TE superior a 220 kWh			40,16
Bandeira Amarela R$ 0,01343/kWh			4,47
Contribuição Iluminação Pública			18,49
[illegible]			1,94
[illegible]			7,41
[illegible]			3,66
[illegible]			1,82
[illegible]			3,21

Total a Pagar R$ 208,47

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	HORÁRIO	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DÉBITO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Transmissão	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]
Impostos	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]

	CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TOLERÂNCIA	LIMITE MÁXIMO	TEMPERATURA NORMAL (°C)	LIMITE DE TEMPERATURA (°C) MÍNIMO	MÁXIMO
DIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
DMIC		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			

CONTA CONTRATO	VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
[illegible]	[illegible]	10/02/2020	208,47

CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0905945-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF 845 234 444-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ROSEMIRO ALVES PEIXOTO

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
072064121	ÚNICA	08/10/2019

APRESENTAÇÃO	CÓD. CLIENTE	CÓD. INSTALAÇÃO
08/10/2019	2011166008	3479002

Nº DA INSTALAÇÃO: 7008475460
MÊS/ANO: 10/2019
DATA DE VENCIMENTO: 15/10/2019
DATA DE APRESENTAÇÃO: 08/11/2019
LEITURA ATUAL (R$): 53,62

DEMONSTRATIVO DE NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	69,0000000	0,81069852	47,93
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,90
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,82
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 072300654-08/08/19			0,90

TOTAL DA FATURA 53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO (ESTA NOTA FISCAL)

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3190287771	CAT	05/09/2019	252,00	06/10/2019	321,00	32	1,00000		69,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Mª M. de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Eduardo de Lo. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.809.704/74, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima José Eduardo de L. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.809.704/74, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço: Rua Rosemira Alves da Rocha		Número: 3	Complemento: casa
Bairro: centro	Cidade: Stª Cruz do Capibaribe	Estado: PE	CEP: 55-192-305
Email:	Telefone comercial (DDD): 9-91613907	Telefone celular (DDD): 9-97001998	

Stª Cruz do Cap. PE de 24 / Janeiro de 2020
Local e Data

Adriana Mª M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLD.RL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Mª M. de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Eduardo de Lo. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.809.704/74, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima José Eduardo de L. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.809.704/74, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço: Rua Rosemira Alves da Rocha		Número: 3	Complemento: casa
Bairro: centro	Cidade: Stª Cruz do Capibaribe	Estado: PE	CEP: 55-192-305
Email:	Telefone comercial (DDD): 9-91613907	Telefone celular (DDD): 9-97001998	

Stª Cruz do Cap. PE de 24 / Janeiro de 2020
Local e Data

Adriana Mª M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLD.RL.001 V001/2017

SAMU 192

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS,** CPF – 113.809.704-74, RG- 8.290.667 SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com **ID – 0180**, **REG- 24.847** no dia 05 de agosto de 2019, às 11:h e 44min, na PE - 160, Próximo a Adolfo autopeças – Bairro Novo, com queixa de colisão caminhão x moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE ,16 DE DEZEMBRO 2019

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE em ___ / ___ / ___

_____

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JOSE EDUARDO LIMA SANTOS** nascido em 07/05/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 05/08/2019 por volta das **12h15min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 20 de JANEIRO de 2020.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
Diretor
MAT.514591

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Sem Dor Usuário evadiu da unidade. 19:56

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS

UPA 24h

FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: [illegible] Data: 09/08/19 Hora: 19:15 min
Nome: [illegible] Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: _____ Nascimento: 01/05/94 Nº SUS _____
Estado Civil: S Profissão: _____ Fone: ( ) _____
Endereço: R. [illegible] Nº 57 Bairro: _____
Cidade: Sta Cruz Acompanhante: ( ) Sim Não (X) Nome: _____
Pai: _____
Mãe: Alexandra de Lima Santos

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: ____:____ min
PA: 180x60 T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% 99%

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 12:00 min
Doenças preexistentes: _____
Alergias: NEGA
Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

Apnéia( ); Cianose ( ); Estridor ( );PC<50>140( ); FR >32vpm( ); Extremidades frias( );Pulso fraco( ) Pulso ausente( ); Sudorese( ); PAS<80mmhg( ); PAD>130mmhg( );Letargia( );Convulsionando( ); [illegible]sponsivo ou só resposta a dor( ); Intoxicação exógena( ); Sangramento intenso( ); Lesão grave( ) Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas ( ); Hipoglecia com sudorese intensa( )

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16( ); FC<50 ou >140( ); PAS<90 ou >190mmhg( ); PAD>130( ) Febre >39°C( ); Febre com imunodepressão ( ); Convulsão nas ultimas 24h( ); mucosas ressecadas( ) Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas( ); Abuso sexual( ); Dor abdominal ou torácica intensa( ); Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa( ); historia até 72h de: Melena( ); Hematêmese( ); enterorragia( ); epistaxe( ); acidente perfuro/cortante( ); mat biológico( );

COPIA AUTORIZADA

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas ( ); TCE sem perda de consciência( ); Febre sem outros sinais clínicos( ); Lombalgia intensa( ); Retorno com >24h( ); Entorse, suspeita de fraturas, luxações( );Dor abdominal sem alterações de SSVV( ); PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas( ); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas( ); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia( ).

OBS: Dificuldade de mobilização

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ( ); Coriza crônica ou recorrente( ); Queimaduras de 1° grau em áreas não criticas->6h ( ); Curativos ou ret. de pontos ( ); Vômitos ou diarréia sem desidratação( ); Constipação intestinal sem outros sintomas( );Administração de medicamentos( ); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes( ).

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐

ENCAMINHADO: ASS. E CARIMBO:

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:

MÉDICO:

Histórico do paciente: Pa trazido pelo SAMU vítima de colisão moto x caminhão, lesões, glasgow 15, e imobilizado com MSD e encaminhado em Rinite

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica: Trauma

Conduta: Rx crânio / Membro / pulmão
Voltar com SAMU

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 0023671 — CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4730 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PARAÍBA — UF: 25

PACIENTE

Nome: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS — Sexo: MASCULINO — Idade: 21 a

Profissão: SITIO SERROTE — Nº Documento: 8250867 — Endereço: ZONA RURAL — Bairro:

Município: BARRA DE SÃO MIGUEL — Estado: PB — CEP: 250170

Data Atendimento: 15 / 05 / 2015 — 18:30h — Código do Município:

~~DTA. NASCIMENTO: 07/05/1994~~ — QUEIXAS: ~~ACIDENTE DE MOTO~~

RAÇA/COR

( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDA
( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGINA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE — **TIPO**

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1.
2.
3.
4.
5.

DIAGNÓSTICO / CID:

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):

Consulta Especializada:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

[ ] 01 - URGÊNCIA;
[ ] 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;
[ ] 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;
[ ] 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;
[ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS.

ULTRASSONOGRAFIA realizada em: 15.05.15

MEDICAÇÃO

[ ] 01 - PRESCRITA
[ ] 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

[ ] OBSERVAÇÃO [ ] RESIDÊNCIA [ ] INTERNAÇÃO
[ ] OUTRO HOSPITAL [ ] ÓBITO [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

ASS. DO PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

Dr. Gustavo Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB 1.963

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

MO

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: José Eduardo de Lima Santos

End: Rua Sítio Jarrolo Sao M. Campo Bairro: Bancários

Data de Nascimento: 07-05-96 Documento de Identificação:

Queixa: Cortes Data do Atend.: 15-7-2012 Hora: 18:30 Documento:

Mão

Classificação de Risco

Nível de consciência: (✓) Bom ( ) Regular ( ) Baixo **Aspecto:** (✓) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória: **Frequência cardíaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** (✓) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: (✓) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

MOD. 118

Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
(✓) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS
DATA DO EXAME:	15/05/2015

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao exame.

Dr. Raydias L F de Carvalho
Radiologia e Diag. por Imagem
CRM 6933

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: José Eduardo da Silva Santos DN: PRONT. Nº:

NATURALIDADE: PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO: ALTA:

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Acidente motociclístico

2. Resultado dos principais exames

[illegible]

3. Evolução e complicações

Evoluiu sem complicações

4. Terapêutica realizada

Redução da fratura

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Fratura tibia-fibula

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

~~Obs~~

Curpamento

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☒ Melhorado ☐ Inalterado

☐ Transferido para:

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente: José Eduardo de Lima Santos | Alojamento: 9 | Leito: 2 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/05/12	1) Dieta livre 2) Sol. Gli. 1000ml 21g Sol. S. 500ml 3) Cefalexina 6 em 6h 4) Dexametasona 4mg/ml 2ml de 12/12h 5) Dipirona 2ml + 1ml de 6/6h 6) Nebulização com SF 5ml + Ciclo. Dr. Fernando Portela Cirurgião Traumatologia Buco-Maxilo-Facial CRO/PB 4420		Pós operatório imediato de redução de fratura de mandíbula em 1 dia, mesmo e assinado no momento, ACG sem queixas, mucosa pálida, mucosa de revestimento pouco, DEG sem queixas. Dr. Alan Hostemann Dr. Fernando Cirurgião CRO/PB

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME | IDADE | SEXO | COR

DATA | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS

URINA

Nº RESPIRATÓRIO | ASMA | BRONQUITE

Nº CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

Nº DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO | Nº URINÁRIO

ESTADO MENTAL | ATAXÁXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | ESTADO FÍSICO | RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA | ÀS | FEITO

AGENTES ANESTÉSICOS

LÍQUIDOS

SINAIS: VR. ARTERIAL: O - ; SO: O - RESPIRAÇÃO; AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

INDUÇÃO

Setiel: X Excit.: Tosse:

Laringo espasmo: Leite:

Náuseas: Vômitos:

Outros:

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim X Não

Não, por quê?

DESPERTAR

Reflexos da SO:

Quiet.: CO_2: Excit.:

Náuseas: Vômitos:

Outros:

Observações:

Pero o Leito Sim Não

CONDIÇÕES

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES

TÉCNICA | CÂNULAS

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

Dr. Valdelucio Abreu Jr.
Anestesiologista
CRM 9736/PB

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS | PERDA SANGUÍNEA

GOVERNO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS		10

Assinatura do anestesista

GOVERNO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Idade:

Convênio: Data:

Procedimento:

Cirurgião: Auxiliar: Anestesista:

Início: Término: Anestesia:

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
09:54	140x70	93	100%			
09:59	140x70	98	99%			
10:00	140x70	96	99%			
10:09	120x70	88	99%			

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

CIRURGIÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA | DATA | INÍCIO | FIM

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp.
	Atropina amp.
	Dexametasona amp.
	Dipirona amp.
	Dopamina amp.
	Efedrina ml
	Fenergan amp.
	Fentanil ml
	Lidocaína ml
	Nora amp.
	Morfina ml
	Neostigmina amp.
	Navilon amp.
	Prefortan amp.
	Prolixo de cm
	Quelicin ml
	Ropivan amp.
	Tiopental ml
	Tramadom amp.

Qtd.	MEDICAÇÕES
	Ácido Gestálico amp.
	Decadron amp.
	Dipirona amp.
	Fuxidil amp.
	Flenocaída amp.
	Gentamicina amp.
	Glucose amp.
	Gluconato de Cálcio amp.
	Hidrocortisona ml
	Heparina ml
	Kanadon amp.
	Lasix amp.
	Metoclopramida
	Plasil amp.
	Profenid
	Rocuvan amp.
	Sustanon amp.
	Gelofusina 1 lt

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
	Agulha desc. 25 x 7
	Agulha desc. 25 x 25
	Agulha desc. 3 x 4,5
	Agulha p/ raqui nº
	Algodão de Enfermagem
	Álcool Iodado ml
	Ataduras de Crepom
	Ataduras de Gessada
	Azul metileno amp.
	Benzina ml

Bolsa Colostomia
Cate. p/ Oxig
Cateter Ur Uniar Sist. Fechi
Compressa Grande
Compressa Pequena
Cotonete
Dreno
Dreno Kerr nº
Dreno Penrose nº
Dreno Pezzer nº
Equipo de Macrogotas
Equipo de Microgotas
Equipo de Sangue
Equipo de PVC
Esparadrapo Largo cm
Fenacetin ml
Gase Estéril c/ 10 unidades
H.O. ml
Intocath Agulha
Intocath infantil
Lâmina de Bisturi nº 22
Lâmina de Bisturi nº 11
Lâmina de Bisturi nº 15
Luvas 7,0
Luvas 7,5
Luvas 8,0
Luvas 8,5
Oxigênio Un
Pinça
SVD Descartável nº
SVD Tipico nº
Sabão Antisséptico
Saco coletor
Seringa desc. 10 ml
Seringa desc. 20 ml
Seringa desc. 05 ml
Sonda
Sonda Foley
Sonda Nasogástrica
Sonda Uretral nº
Servoleen ml
Torneirinha
Vaselina ml
Gelcon 18
Lacosa

Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut Simples	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Cera p/ osso	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Fio de Algodão Sertix	
	Fio de Algodão Sertix	
	Fio de Algodão Surgipak	
	Fio de Algodão Surgipak	
	Fio cerclagem	
	Monocryl	
	Monocryl	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Vicryl Sertix	
	Vicryl Sertix	
	Vicryl Sertix	

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipotérmico fr 500 ml
	SG Ringer fr 500 ml
	SG fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

- ( ) Oximetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Osciloscópio
- ( ) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente: José Eduardo de Lima Gonzaga

Nº Prontuário:

Data da Operação: 11/03/15 | Enf.: | Leito:

Operador: Dr. Carneiro | 1.º Auxiliar:

2.º Auxiliar: | 3.º Auxiliar: | Instrumentador:

Anestesia: Dr. Valdenilson | Tipo de Anestesia: Geral

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de coluna torácica

Tipo de Operação: Laminectomia descompressiva cervical associada a tração

Diagnóstico Pós-Operatório: idem

Relatório Imediato da Patologia:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante a Operação: NN

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

1. Pat. em DLH com amplitude ok
2. Incisão longitudinal L1-L5
3. Abertura em camadas
4. Retirada da placa anterior cervical
5. Instalação de tração de Crutchfield de acordo
6. Dutrado
7. Hemostasia
8. Remoção do T.O.E

Dr. Carlos Lino Vieira
Cirurgião Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 4574

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
16/05/06	11:15	36,2	72		100x70		Paciente Bom e consciente, [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]	
						Nat 91	[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]	

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente: [illegible] | Alojamento: | Leito: | Convênio:

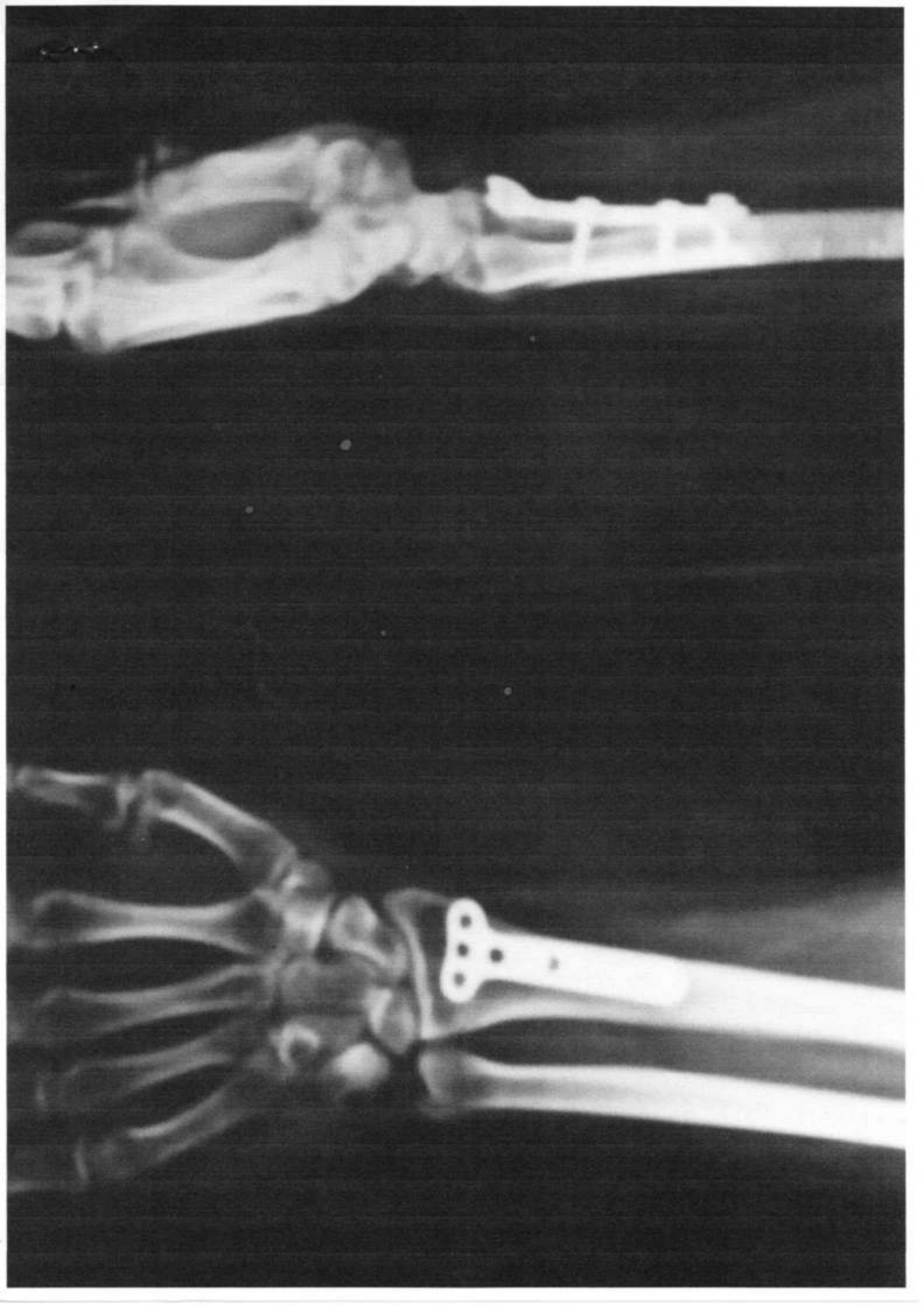
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
[illegible]	[illegible]		[illegible]

Dra. Camila Lins Vieira
Cirurgião-Dentista
Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 4074

Dra. Camila Lins Vieira
Cirurgião-Dentista
Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 4074

Dra. Camila Lins Vieira
Cirurgião-Dentista
Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 4074

236225



SAMU 192

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS,** CPF – 113.809.704-74, RG- 8.290.667 SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com **ID – 0180**, **REG- 24.847** no dia 05 de agosto de 2019, às 11:h e 44min, na PE - 160, Próximo a Adolfo autopeças – Bairro Novo, com queixa de colisão caminhão x moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE ,16 DE DEZEMBRO 2019

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE em ___ / ___ / ___

_____

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JOSE EDUARDO LIMA SANTOS** nascido em 07/05/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 05/08/2019 por volta das **12h15min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 20 de JANEIRO de 2020.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
Diretor
MAT.514591

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Sem Dor Usuário evadiu da unidade. 19:56

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS

UPA 24h

FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: [illegible] Data: 09/08/19 Hora: 19:15 min
Nome: [illegible] Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: _____ Nascimento: 01/05/94 Nº SUS _____
Estado Civil: S Profissão: _____ Fone: ( ) _____
Endereço: R. [illegible] Nº 57 Bairro: _____
Cidade: Sta Cruz Acompanhante: ( ) Sim Não (X) Nome: _____
Pai: _____
Mãe: Alexandra de Lima Santos

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: ____:____ min
PA: 180x60 T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% 99%

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 12:00 min
Doenças preexistentes: _____
Alergias: NEGA
Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

Apnéia( ); Cianose ( ); Estridor ( );PC<50>140( ); FR >32vpm( ); Extremidades frias( );Pulso fraco( ) Pulso ausente( ); Sudorese( ); PAS<80mmhg( ); PAD>130mmhg( );Letargia( );Convulsionando( ); [illegible]sponsivo ou só resposta a dor( ); Intoxicação exógena( ); Sangramento intenso( ); Lesão grave( ) Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas ( ); Hipoglecia com sudorese intensa( )

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16( ); FC<50 ou >140( ); PAS<90 ou >190mmhg( ); PAD>130( ) Febre >39°C( ); Febre com imunodepressão ( ); Convulsão nas ultimas 24h( ); mucosas ressecadas( ) Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas( ); Abuso sexual( ); Dor abdominal ou torácica intensa( ); Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa( ); historia até 72h de: Melena( ); Hematêmese( ); enterorragia( ); epistaxe( ); acidente perfuro/cortante( ); mat biológico( );

COPIA AUTORIZADA

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas ( ); TCE sem perda de consciência( ); Febre sem outros sinais clínicos( ); Lombalgia intensa( ); Retorno com >24h( ); Entorse, suspeita de fraturas, luxações( );Dor abdominal sem alterações de SSVV( ); PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas( ); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas( ); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia( ).

OBS: Dificuldade de mobilização

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ( ); Coriza crônica ou recorrente( ); Queimaduras de 1° grau em áreas não criticas->6h ( ); Curativos ou ret. de pontos ( ); Vômitos ou diarréia sem desidratação( ); Constipação intestinal sem outros sintomas( );Administração de medicamentos( ); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes( ).

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐

ENCAMINHADO: ASS. E CARIMBO:

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:

MÉDICO:

Histórico do paciente: Pa trazido pelo SAMU vítima de colisão moto x caminhão, lesões, glasgow 15, e imobilizado com MSD e encaminhado em Rinite

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica: Trauma

Conduta: Rx crânio / Membro / pulmão
Voltar com SAMU

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 0023671 — CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4730 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PARAÍBA — UF: 25

PACIENTE

Nome: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS — Sexo: MASCULINO — Idade: 21 a

Profissão: SITIO SERROTE — Nº Documento: 8250867 — Endereço: ZONA RURAL — Bairro:

Município: BARRA DE SÃO MIGUEL — Estado: PB — CEP: 250170

Data Atendimento: 15 / 05 / 2015 — 18:30h — Código do Município:

~~DTA. NASCIMENTO: 07/05/1994~~ — QUEIXAS: ~~ACIDENTE DE MOTO~~

RAÇA/COR

( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDA
( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGINA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE — **TIPO**

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1.
2.
3.
4.
5.

DIAGNÓSTICO / CID:

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):

Consulta Especializada:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

[ ] 01 - URGÊNCIA;
[ ] 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;
[ ] 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;
[ ] 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;
[ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS.

ULTRASSONOGRAFIA realizada em: 15.05.15

MEDICAÇÃO

[ ] 01 - PRESCRITA
[ ] 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

[ ] OBSERVAÇÃO [ ] RESIDÊNCIA [ ] INTERNAÇÃO
[ ] OUTRO HOSPITAL [ ] ÓBITO [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

ASS. DO PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

Dr. Gustavo Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB 1.963

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

MO

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: José Eduardo de Lima Santos

End: Rua Sítio Jarrolo Sao M. Campo Bairro: Bancários

Data de Nascimento: 07-05-96 Documento de Identificação:

Queixa: Cortes Data do Atend.: 15-7-2012 Hora: 18:30 Documento:

Mão

Classificação de Risco

Nível de consciência: (✓) Bom ( ) Regular ( ) Baixo **Aspecto:** (✓) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória: **Frequência cardíaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** (✓) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: (✓) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

MOD. 118

Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
(✓) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS
DATA DO EXAME:	15/05/2015

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao exame.

Dr. Raydias L F de Carvalho
Radiologia e Diag. por Imagem
CRM 6933

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: José Eduardo da Silva Santos DN: PRONT. Nº:

NATURALIDADE: PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO: ALTA:

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Acidente motociclístico

2. Resultado dos principais exames

[illegible]

3. Evolução e complicações

Evoluiu sem complicações

4. Terapêutica realizada

Redução da fratura

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Fratura tibia-fibula

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

~~Obs~~

Curpamento

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☒ Melhorado ☐ Inalterado

☐ Transferido para:

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente: José Eduardo de Lima Santos | Alojamento: 9 | Leito: 2 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/05/12	1) Dieta livre 2) Sol. Gli. 1000ml 21g Sol. S. 500ml 3) Cefalexina 6 em 6h 4) Dexametasona 4mg/ml 2ml de 12/12h 5) Dipirona 2ml + 1ml de 6/6h 6) Nebulização com SF 5ml + Ciclo. Dr. Fernando Portela Cirurgião Traumatologia Buco-Maxilo-Facial CRO/PB 4420		Pós operatório imediato de redução de fratura de mandíbula em 1 dia, mesmo e assinado no momento, ACG sem queixas, mucosa pálida, mucosa de revestimento pouco, DEG sem queixas. Dr. Alan Hostemann Dr. Fernando Cirurgião CRO/PB

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME | IDADE | SEXO | COR

DATA | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS

URINA

Nº RESPIRATÓRIO | ASMA | BRONQUITE

Nº CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

Nº DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO | Nº URINÁRIO

ESTADO MENTAL | ATAXÁXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | ESTADO FÍSICO | RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA | ÀS | FEITO

AGENTES ANESTÉSICOS

LÍQUIDOS

SINAIS: VR. ARTERIAL: O - ; SO: O - RESPIRAÇÃO; AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

INDUÇÃO

Setiel: X Excit.: Tosse:

Laringo espasmo: Leite:

Náuseas: Vômitos:

Outros:

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim X Não

Não, por quê?

DESPERTAR

Reflexos da SO:

Quiet.: CO_2: Excit.:

Náuseas: Vômitos:

Outros:

Observações:

Pero o Leito Sim Não

CONDIÇÕES

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES

TÉCNICA | CÂNULAS

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

Dr. Valdelucio Abreu Jr.
Anestesiologista
CRM 9736/PB

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS | PERDA SANGUÍNEA

GOVERNO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS		10

Assinatura do anestesista

GOVERNO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Idade:

Convênio: Data:

Procedimento:

Cirurgião: Auxiliar: Anestesista:

Início: Término: Anestesia:

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
09:54	140x70	93	100%			
09:59	140x70	98	99%			
10:00	140x70	96	99%			
10:09	120x70	88	99%			

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

CIRURGIÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA | DATA | INÍCIO | FIM

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp.
	Atropina amp.
	Dexametasona amp.
	Dipirona amp.
	Dopamina amp.
	Efedrina ml
	Fenergan amp.
	Fentanil ml
	Lidocaína ml
	Nora amp.
	Morfina ml
	Neostigmina amp.
	Navilon amp.
	Prefortan amp.
	Prolixo de cm
	Quelicin ml
	Ropivan amp.
	Tiopental ml
	Tramadom amp.

Qtd.	MEDICAÇÕES
	Ácido Gestálico amp.
	Decadron amp.
	Dipirona amp.
	Fuxidil amp.
	Flenocaída amp.
	Gentamicina amp.
	Glucose amp.
	Gluconato de Cálcio amp.
	Hidrocortisona ml
	Heparina ml
	Kanadon amp.
	Lasix amp.
	Metoclopramida
	Plasil amp.
	Profenid
	Rocuvan amp.
	Sustanon amp.
	Gelofusina 1 lt

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
	Agulha desc. 25 x 7
	Agulha desc. 25 x 25
	Agulha desc. 3 x 4,5
	Agulha p/ raqui nº
	Algodão de Enfermagem
	Álcool Iodado ml
	Ataduras de Crepom
	Ataduras de Gessada
	Azul metileno amp.
	Benzina ml

Bolsa Colostomia
Cate. p/ Oxig
Cateter Ur Uniar Sist. Fechi
Compressa Grande
Compressa Pequena
Cotonete
Dreno
Dreno Kerr nº
Dreno Penrose nº
Dreno Pezzer nº
Equipo de Macrogotas
Equipo de Microgotas
Equipo de Sangue
Equipo de PVC
Esparadrapo Largo cm
Fenacetin ml
Gase Estéril c/ 10 unidades
H.O. ml
Intocath Agulha
Intocath infantil
Lâmina de Bisturi nº 22
Lâmina de Bisturi nº 11
Lâmina de Bisturi nº 15
Luvas 7,0
Luvas 7,5
Luvas 8,0
Luvas 8,5
Oxigênio Un
Pinça
SVD Descartável nº
SVD Tipico nº
Sabão Antisséptico
Saco coletor
Seringa desc. 10 ml
Seringa desc. 20 ml
Seringa desc. 05 ml
Sonda
Sonda Foley
Sonda Nasogástrica
Sonda Uretral nº
Servoleen ml
Torneirinha
Vaselina ml
Gelcon 18
Lacosa

Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut Simples	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Cera p/ osso	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Fio de Algodão Sertix	
	Fio de Algodão Sertix	
	Fio de Algodão Surgipak	
	Fio de Algodão Surgipak	
	Fio cerclagem	
	Monocryl	
	Monocryl	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Vicryl Sertix	
	Vicryl Sertix	
	Vicryl Sertix	

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipotérmico fr 500 ml
	SG Ringer fr 500 ml
	SG fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

- ( ) Oximetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Osciloscópio
- ( ) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente: José Eduardo de Lima Gonzaga

Nº Prontuário:

Data da Operação: 11/03/15 | Enf.: | Leito:

Operador: Dr. Carneiro | 1.º Auxiliar:

2.º Auxiliar: | 3.º Auxiliar: | Instrumentador:

Anestesia: Dr. Valdenilson | Tipo de Anestesia: Geral

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de coluna torácica

Tipo de Operação: Laminectomia descompressiva cervical associada a tração

Diagnóstico Pós-Operatório: idem

Relatório Imediato da Patologia:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante a Operação: NN

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

1. Pat. em DLH com amplitude ok
2. Incisão longitudinal L1-L5
3. Abertura em camadas
4. Retirada da placa anterior cervical
5. Instalação de tração de Crutchfield de acordo
6. Dutrado
7. Hemostasia
8. Remoção do T.O.E

Dr. Carlos Lino Vieira
Cirurgião Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 4574

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
16/05/06	11:15	36,2	72		100x70		Paciente Bom e consciente, [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]	
						Nat 91	[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]	

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente: [illegible] | Alojamento: | Leito: | Convênio:

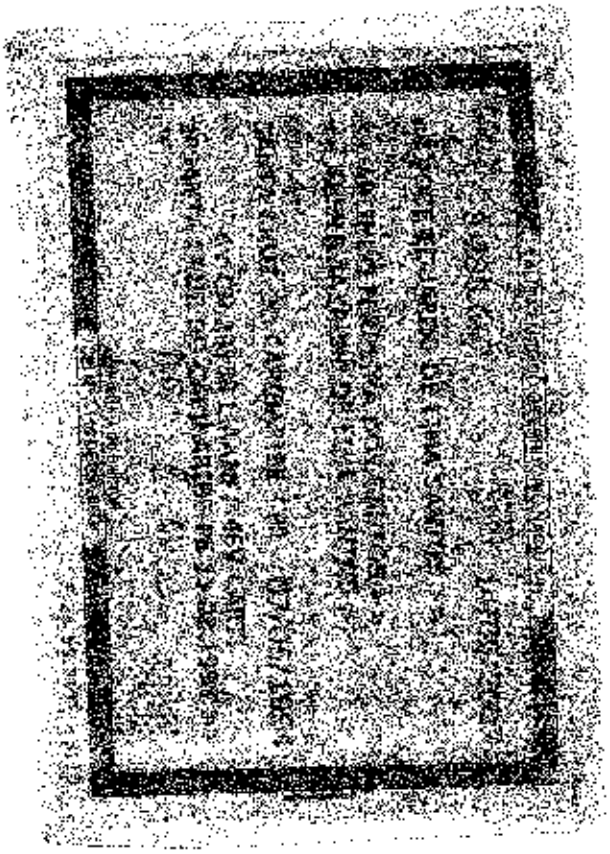
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
[illegible]	[illegible]		[illegible]

Dra. Camila Lins Vieira
Cirurgião-Dentista
Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 4074

Dra. Camila Lins Vieira
Cirurgião-Dentista
Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 4074

Dra. Camila Lins Vieira
Cirurgião-Dentista
Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 4074

236225



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

113.609.704-74

Nome

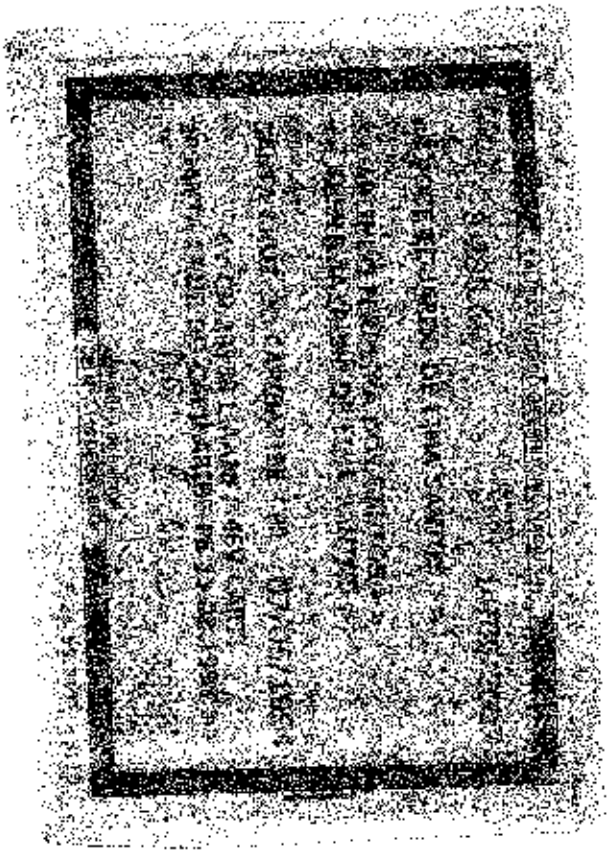
JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Nascimento

07/05/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PERNAMBUCO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

113.609.704-74

Nome

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Nascimento

07/05/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PERNAMBUCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 01420494657 48
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 | CÓD. RENAVAM: 944062540 | CAT.: * | CÓD. SEGURANÇA: ********** | EXERCÍCIO: 2018

NOME: JONATAS ARAGÃO LOPES

S C CARIBARIBE-PE | UF: PE

CPF/CNPJ: 052.882.644-40 | PLACA: KGR0507

CHASSI: ******* /PE | 9C2JA0420BR018125

ESPÉCIE/TIPO: PAS /MOTONETA | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES | ANO FAB.: 2007 | ANO MOD.: 2008

CAP./POT./CIL.: 2P/124CC | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA: IPVA 2018 QUITADO | VEÍC./ELIM. ÚNICA: * | VEÍC./COTAS: *********

VIA: 1 | FAIXA IPVA: | PARCELAMENTO/COTAS: ********** | *********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): SEGURO PAGO | IOF (R$): | PRÊMIO TOTAL (R$): | FORMA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES: RES. DOM. MOTORAC

S C CARIBARIBE | DATA: 17/07/18

Charles Andersen Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

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

PE Nº 01420494657 48 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JONATAS ARAGÃO LOPES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DA COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

S C CARIBARIBE-PE | EXERCÍCIO: 2018 | DATA EMISSÃO: 17/07/18

VIA: 1 | CPF: 052.882.644-40 | PLACA: KGR0507

RENAVAM: 944062540 | MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB.: 2007 | CATEG.: PA | Nº CHASSI: 9C2JA0420BR018125

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINALIDADE: | DEVIDO/PAGO: | CUSTO DO SEGURO:

QUANTIDADE BILHETE (R$): SEGURO PAGO | IOF (R$): | VALOR PAGO (R$):

PARCELAMENTO: | COTA ÚNICA: | PARCELADO: | DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É UM DOCUMENTO CARTORIAL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 01420494657 48
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 | CÓD. RENAVAM: 944062540 | CAT.: * | CÓD. SEGURANÇA: ********** | EXERCÍCIO: 2018

NOME: JONATAS ARAGÃO LOPES

S C CARIBARIBE-PE | UF: PE

CPF/CNPJ: 052.882.644-40 | PLACA: KGR0507

CHASSI: ******* /PE | 9C2JA0420BR018125

ESPÉCIE/TIPO: PAS /MOTONETA | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES | ANO FAB.: 2007 | ANO MOD.: 2008

CAP./POT./CIL.: 2P/124CC | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA: IPVA 2018 QUITADO | VEÍC./ELIM. ÚNICA: * | VEÍC./COTAS: *********

VIA: 1 | FAIXA IPVA: | PARCELAMENTO/COTAS: ********** | *********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): SEGURO PAGO | IOF (R$): | PRÊMIO TOTAL (R$): | FORMA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES: RES. DOM. MOTORAC

S C CARIBARIBE | DATA: 17/07/18

Charles Andersen Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

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

PE Nº 01420494657 48 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JONATAS ARAGÃO LOPES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DA COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

S C CARIBARIBE-PE | EXERCÍCIO: 2018 | DATA EMISSÃO: 17/07/18

VIA: 1 | CPF: 052.882.644-40 | PLACA: KGR0507

RENAVAM: 944062540 | MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB.: 2007 | CATEG.: PA | Nº CHASSI: 9C2JA0420BR018125

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINALIDADE: | DEVIDO/PAGO: | CUSTO DO SEGURO:

QUANTIDADE BILHETE (R$): SEGURO PAGO | IOF (R$): | VALOR PAGO (R$):

PARCELAMENTO: | COTA ÚNICA: | PARCELADO: | DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É UM DOCUMENTO CARTORIAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037653/20

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Data do acidente: 05/08/2019

CPF: 113.809.704-74

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS : 113.809.704-74

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 27/01/2020	Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 945.234.444-04	CPF: 492.294.514-87
:ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN	Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200045071 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DENTOALVEOLAR.
TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO PARA FRATURA DENTO ALVEOLAR. E TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS.
ALTA MÉDICA. P.04

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *** CONSTA DOCUMENTAÇÃO DE ACIDENTE EM 15/05/2015.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200045071 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.04

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *** CONSTA DOCUMENTAÇÃO DE ACIDENTE EM 15/05/2015.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- **JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS**
NACIONALIDADE: **BRASILEIRO**
PROFISSÃO: **RECUSO INFORMAR**
IDENTIDADE: **RG- 8.290.667 SDS/PE CPF:113.809.704-74**
DATA DO ACIDENTE:05/08/2019
COBERTURA : **INVALIDEZ**
VÍTIMA: **JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS**
ENDEREÇO: **RUA SEVERINO PINHEIRO SOBRINHO , Nº 33, BELA VISTA ,SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -PE**

OUTORGADO

NOME: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**
NACIONALIDADE: **BRASILEIRA**
PROFISSÃO: **RECUSO INFORMAR**
IDENTIDADE: **4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04**
ENDEREÇO: **RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).**

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADIOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.**

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 23DE JANEIRO DE 2020.

X José Eduardo de Lima Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHE

TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO

Tabelião: ISAAC ACCIO FREITAS MIRANDA

Reconheco por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 23/01/2020 15:02. - Total: 5.06. Em Testemunho da verdade

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037653/20

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Data do acidente: 05/08/2019

CPF: 113.809.704-74

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS : 113.809.704-74

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 27/01/2020	Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 945.234.444-04	CPF: 492.294.514-87
:ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN	Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037653/20

Número do Sinistro: 3200045071

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Data do acidente: 05/08/2019

CPF: 113.809.704-74

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS : 113.809.704-74

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 31/01/2020	Data do cadastramento: 31/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 945.234.444-04	CPF: 492.294.514-87
ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN	Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067879/20

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Data do acidente: 05/08/2019

CPF: 113.809.704-74

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS : 113.809.704-74

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 19/02/2020	Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 945.234.444-04	CPF: 492.294.514-87
ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN	Marta Marinho dos Santos

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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200045071 **Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS**

Data do Acidente: 05/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200045071 **Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS**

Data do Acidente: 05/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

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, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200045071 **Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS**

Data do Acidente: 05/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.
A documentação médica anexada, datada de 05/08/2019, emitida pelo Dr. ILEGIVEL, CRM nº 00000 - PE, da Instituição HOSPITAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 113.809.204-74

4 - Nome completo da vítima: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS

6 - CPF: 113.809.204-74

7 - Profissão: R. INF.

8 - Endereço: RUA SEVERINO P. SOBRINHO

9 - Número: 33

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: BELA VISTA

12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55.195-623

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): 9-91613907

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:

☒ REFUSO 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: 1038 (Informar o dígito se existir) CONTA: 25 834 - 4 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho 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

INVALIDEZ PERMANENTE

☐ **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020

x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 32 000 45071 | 3 - CPF da vítima: 113.809.704-74 | 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS
6 - CPF: 113.809.704-74
7 - Profissão: A. INF.
8 - Endereço: RUA SEVERINO P. SOBRINHO
9 - Número: 33
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BELA VISTA
12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
13 - Estado: PE
14 - CEP: 55.195-623
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 9-91613907

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1038 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 25834 4 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, St- Cruz do Cap. PE 24/01/2020

x José Eduardo de Lima Santos
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 113.809.204-74

4 - Nome completo da vítima: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS

6 - CPF: 113.809.204-74

7 - Profissão: R. INF.

8 - Endereço: RUA SEVERINO P. SOBRINHO

9 - Número: 33

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: BELA VISTA

12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55.195-623

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): 9-91613907

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:

☒ REFUSO 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: 1038 (Informar o dígito se existir) CONTA: 25 834 - 4 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho 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

INVALIDEZ PERMANENTE

☐ **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020

x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0218000277

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/01/2020** às **12:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PE-160, NAS IMEDIAÇÕES DE ADOLFO PEÇAS,** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JONATAS ARAGAO LOPES (OUTRO)
JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS (VITIMA)

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
128ª CIRCUNSCRIÇÃO

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ABENILZA IRENE DE LIMA SANTOS** Pai: **ARLINDO FERREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **7/5/1994** Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8290667/SDS/PE (RG), 11380970474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares:
- **991406476**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA SEVERINO PINHEIRO SOBRINHO, 33, BELA VISTA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JONATAS ARAGAO LOPES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JONATAS ARAGAO LOPES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KGR0507** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **944082580** Chassi: **9C2JA04208R018126**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA ALEGA QUE NO DIA 05 DE AGOSTO DE 2019, POR VOLTA DAS 12:00 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA PELA RODOVIA PE-160, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DE ADOLFO PEÇAS, UM CAMINHÃO ENTROU NA SUA FRENTE COMO SE FOSSE ENTRAR A DIREITA, MOTIVO PELO QUAL A VITIMA BATEU NA TRAZEIRA DO REFERIDO CAMINHAO, CHEGANDO A CAIR JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA, FICANDO FERIDO NO BRAÇO DIREITO, O MOTORISTA DO CAMINHÃO AINDA PAROU MAIS LOGO EM SEGUIDA SE RETIROU DO LOCAL, NÃO DANDO PARA A VITIMA ANOTAR A PLACA DO CAMINHÃO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

José Eduardo de Lima Santos
JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
128ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0218000277

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/01/2020** às **12:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PE-160, NAS IMEDIAÇÕES DE ADOLFO PEÇAS,** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JONATAS ARAGAO LOPES (OUTRO)
JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS (VITIMA)

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
128ª CIRCUNSCRIÇÃO

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ABENILZA IRENE DE LIMA SANTOS** Pai: **ARLINDO FERREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **7/5/1994** Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8290667/SDS/PE (RG), 11380970474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares:
- **991406476**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA SEVERINO PINHEIRO SOBRINHO, 33, BELA VISTA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JONATAS ARAGAO LOPES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JONATAS ARAGAO LOPES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KGR0507** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **944082580** Chassi: **9C2JA04208R018126**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA ALEGA QUE NO DIA 05 DE AGOSTO DE 2019, POR VOLTA DAS 12:00 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA PELA RODOVIA PE-160, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DE ADOLFO PEÇAS, UM CAMINHÃO ENTROU NA SUA FRENTE COMO SE FOSSE ENTRAR A DIREITA, MOTIVO PELO QUAL A VITIMA BATEU NA TRAZEIRA DO REFERIDO CAMINHAO, CHEGANDO A CAIR JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA, FICANDO FERIDO NO BRAÇO DIREITO, O MOTORISTA DO CAMINHÃO AINDA PAROU MAIS LOGO EM SEGUIDA SE RETIROU DO LOCAL, NÃO DANDO PARA A VITIMA ANOTAR A PLACA DO CAMINHÃO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

José Eduardo de Lima Santos
JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
128ª CIRCUNSCRIÇÃO

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 113.809.204-74

4 - Nome completo da vítima: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS

6 - CPF: 113.809.204-74

7 - Profissão: R. INF.

8 - Endereço: RUA SEVERINO P. SOBRINHO

9 - Número: 33

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: BELA VISTA

12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55.195-623

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): 9-91613907

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:

☒ REFUSO 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: 1038 (Informar o dígito se existir) CONTA: 25 834 - 4 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho 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

INVALIDEZ PERMANENTE

☐ **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020

x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 113.809.204-74

4 - Nome completo da vítima: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS

6 - CPF: 113.809.204-74

7 - Profissão: R. INF.

8 - Endereço: RUA SEVERINO P. SOBRINHO

9 - Número: 33

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: BELA VISTA

12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55.195-623

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): 9-91613907

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:

☒ REFUSO 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: 1038 (Informar o dígito se existir) CONTA: 25 834 - 4 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho 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

INVALIDEZ PERMANENTE

☐ **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, St. Cruz do Cap. PE 24/01/2020

x José Eduardo de Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)