



Compania Energetica de Petrolul
Av. 28 Oct. 1989, 111, 300 Viman, Jalea - P.E. CEF 50050-202
CNPJ 16.434.820/0001-02 | Tel: 500.891.83 | www.cef.com.br

Q7 0.2 185.5, 1.05

BEI A V'S ASSUNTA CARLEDO CARIBAR
TANIA CIME L. V. CARIBAR
53, 08-23

2454749017 01/20/20
10/02/2020 14/02/2020
20847

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Concreto 1500 Super 2000	45,000000	1,400000	63,00
Concreto 1500 Super 2000 12000	45,000000	3,200000	144,00
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,200000	26,00
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	1,300000	169,00
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,100000	13,00
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,050000	6,50
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,020000	2,60
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,010000	1,30
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,005000	0,65
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,002000	0,26
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,001000	0,13
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000500	0,065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000200	0,026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000100	0,013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000050	0,0065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000020	0,0026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000010	0,0013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000005	0,00065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000002	0,00026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000001	0,00013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000005	0,000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000002	0,000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000001	0,000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000005	0,0000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000002	0,0000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000001	0,0000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000005	0,00000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000002	0,00000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000001	0,00000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000005	0,000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000002	0,000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000001	0,000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000005	0,0000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000002	0,0000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000001	0,0000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000005	0,00000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000002	0,00000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000001	0,00000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000005	0,000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000002	0,000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000001	0,000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000005	0,0000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000002	0,0000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000001	0,0000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000005	0,00000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000002	0,00000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000001	0,00000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000005	0,000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000002	0,000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000001	0,000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000005	0,0000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000002	0,0000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000001	0,0000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000005	0,00000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000002	0,00000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000001	0,00000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000005	0,000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000002	0,000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000001	0,000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000005	0,0000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000002	0,0000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000001	0,0000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000005	0,00000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000002	0,00000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000001	0,00000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000005	0,000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000002	0,000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000001	0,000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000005	0,0000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000002	0,0000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000001	0,0000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000005	0,00000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000002	0,00000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000001	0,00000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000005	0,000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000002	0,000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000001	0,000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000005	0,0000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000002	0,0000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000001	0,0000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000005	0,00000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000002	0,00000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000001	0,00000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000005	0,000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000002	0,000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000001	0,000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000000005	0,0000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000000002	0,0000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000000001	0,0000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000000005	0,00000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000000002	0,00000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000000001	0,00000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000000005	0,000000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000000002	0,000000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000000001	0,000000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000000000005	0,0000000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000000000002	0,0000000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000000000001	0,0000000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000000000005	0,00000000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000000000002	0,00000000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000000000001	0,00000000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000000000005	0,000000000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000000000002	0,000000000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000000000001	0,000000000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000000000000005	0,0000000000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000000000000002	0,0000000000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000000000000001	0,0000000000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000000000000005	0,00000000000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000000000000002	0,00000000000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000000000000001	0,00000000000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000000000000005	0,000000000000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000000000000002	0,000000000000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000000000000001	0,000000000000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000000000000000005	0,0000000000000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000000000000000002	0,0000000000000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,00000000000000000000000000000000000001	0,0000000000000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000000000000000005	0,00000000000000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000000000000000002	0,00000000000000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,000000000000000000000000000000000000001	0,00000000000000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000000000000000005	0,000000000000000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000000000000000002	0,000000000000000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,0000000000000000000000000000000000000001	0,000000000000000000000000000000000000013
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,005	0,0000000000000000000000000000000000000065
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,002	0,0000000000000000000000000000000000000026
Concreto 1500 Super 2000 10000	130,000000	0,001	0,0000000000000000000000000000000

203,4?

Nº DO REGISTRO	TIPO DA PUBLICAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE PÁGINAS	CONSTANTE	ANEXO	CONSIDERADO
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
01.04.87	1981	1981-1982	1982-1983	1	1983		1983

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
1970-01-01	OPENING BALANCE	100.00	100.00
1970-01-15	PAYROLL	25.00	75.00
1970-02-01	RECEIVED	50.00	125.00
1970-02-15	PAYROLL	25.00	100.00
1970-03-01	RECEIVED	75.00	175.00
1970-03-15	PAYROLL	25.00	150.00
1970-04-01	RECEIVED	100.00	250.00
1970-04-15	PAYROLL	25.00	225.00
1970-05-01	RECEIVED	125.00	350.00
1970-05-15	PAYROLL	25.00	325.00
1970-06-01	RECEIVED	150.00	475.00
1970-06-15	PAYROLL	25.00	450.00
1970-07-01	RECEIVED	175.00	625.00
1970-07-15	PAYROLL	25.00	600.00
1970-08-01	RECEIVED	200.00	800.00
1970-08-15	PAYROLL	25.00	775.00
1970-09-01	RECEIVED	225.00	1000.00
1970-09-15	PAYROLL	25.00	975.00
1970-10-01	RECEIVED	250.00	1225.00
1970-10-15	PAYROLL	25.00	1200.00
1970-11-01	RECEIVED	275.00	1475.00
1970-11-15	PAYROLL	25.00	1450.00
1970-12-01	RECEIVED	300.00	1750.00
1970-12-15	PAYROLL	25.00	1725.00
1971-01-01	CLOSING BALANCE		1725.00

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

1. The first step in the process is to identify the problem or issue that needs to be addressed. This involves gathering information and understanding the context of the situation.

2. Once the problem is identified, the next step is to define the objectives and goals of the project. This helps to clarify what is to be achieved and provides a clear direction for the work.

3. The third step is to develop a plan or strategy to address the problem. This involves identifying the resources needed, the tasks to be completed, and the timeline for the project.

4. The fourth step is to implement the plan. This involves putting the strategy into action and monitoring progress as the project moves forward.

5. The final step is to evaluate the results of the project. This involves assessing the outcomes against the objectives and goals, and identifying any lessons learned for future projects.

[illegible]

DONAL CONTRATO: 0454201
 MEMORIA: 15500
 DATA DE VENCIMENTO: 10/02/2020
 TOTAL A PAGAR (R\$): 2012,17



Terça Social de Energia Elétrica criada pela Lei 13.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
 CNPJ 13.935.932/0001-68 | Insc. Est. 0008945-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA, 3

CPF 945 234 444-04

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

CLASSIFICAÇÃO
 BT RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

Nº DE FISCAL 7008475460
 DATA DE EMISSÃO 10/2019
 DATA DE VENCIMENTO 15/10/2019
 DATA DE PAGAMENTO 08/11/2019
 APRESENTAÇÃO 08/10/2019
 CANCELAMENTO 20/11/2008
 DATA DE INSTALAÇÃO 30/10/2002

7008475460 10/2019
 15/10/2019 08/11/2019
 53,62

Consumo Ativo (kWh)
 Acréscimo Bandeira AMARELA
 Acréscimo Bandeira VERMELHA
 Contrib. Ilum. Pública Municipal
 ICMS Subvenção-CDE-NF 072300634-DE/JU/16

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
69,000000	0,8100000	47,83
		0,80
		2,82
		2,37
		0,00

TOTAL DA FATURA

53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO - ESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ABASTE	CONSUMO (KWH)
3180297771	CAT	05/09/2018	252,00	08/10/2019	311,00	32	1,60000		59,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Scanned by CamScanner



Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida pela Lei 10.438 de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 51050-000
CNPJ 16.831.832/0001-02 Insc. Est. 000894-89 www.celpe.com.br

ENDEREÇO DO CLIENTE
RUA JOÃO DE BARROS, 111 - BOA VISTA
CEP 51050-000 RECIFE - PE

ENDEREÇO DA UNIDADE DE CONSUMIDORA
RUA JOÃO DE BARROS, 111 - BOA VISTA
CEP 51050-000 RECIFE - PE

CEP 51050-000
RUA JOÃO DE BARROS, 111 - BOA VISTA
RECIFE - PE

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

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
10,000000	0,170000	1,70
10,000000	0,230000	2,30
10,000000	0,380000	3,80
10,000000	0,450000	4,50
10,000000	0,550000	5,50
10,000000	0,650000	6,50
10,000000	0,750000	7,50
10,000000	0,850000	8,50
10,000000	0,950000	9,50
10,000000	1,050000	10,50
10,000000	1,150000	11,50
10,000000	1,250000	12,50
10,000000	1,350000	13,50
10,000000	1,450000	14,50
10,000000	1,550000	15,50
10,000000	1,650000	16,50
10,000000	1,750000	17,50
10,000000	1,850000	18,50
10,000000	1,950000	19,50
10,000000	2,050000	20,50
10,000000	2,150000	21,50
10,000000	2,250000	22,50
10,000000	2,350000	23,50
10,000000	2,450000	24,50
10,000000	2,550000	25,50
10,000000	2,650000	26,50
10,000000	2,750000	27,50
10,000000	2,850000	28,50
10,000000	2,950000	29,50
10,000000	3,050000	30,50
10,000000	3,150000	31,50
10,000000	3,250000	32,50
10,000000	3,350000	33,50
10,000000	3,450000	34,50
10,000000	3,550000	35,50
10,000000	3,650000	36,50
10,000000	3,750000	37,50
10,000000	3,850000	38,50
10,000000	3,950000	39,50
10,000000	4,050000	40,50
10,000000	4,150000	41,50
10,000000	4,250000	42,50
10,000000	4,350000	43,50
10,000000	4,450000	44,50
10,000000	4,550000	45,50
10,000000	4,650000	46,50
10,000000	4,750000	47,50
10,000000	4,850000	48,50
10,000000	4,950000	49,50
10,000000	5,050000	50,50
10,000000	5,150000	51,50
10,000000	5,250000	52,50
10,000000	5,350000	53,50
10,000000	5,450000	54,50
10,000000	5,550000	55,50
10,000000	5,650000	56,50
10,000000	5,750000	57,50
10,000000	5,850000	58,50
10,000000	5,950000	59,50
10,000000	6,050000	60,50
10,000000	6,150000	61,50
10,000000	6,250000	62,50
10,000000	6,350000	63,50
10,000000	6,450000	64,50
10,000000	6,550000	65,50
10,000000	6,650000	66,50
10,000000	6,750000	67,50
10,000000	6,850000	68,50
10,000000	6,950000	69,50
10,000000	7,050000	70,50
10,000000	7,150000	71,50
10,000000	7,250000	72,50
10,000000	7,350000	73,50
10,000000	7,450000	74,50
10,000000	7,550000	75,50
10,000000	7,650000	76,50
10,000000	7,750000	77,50
10,000000	7,850000	78,50
10,000000	7,950000	79,50
10,000000	8,050000	80,50
10,000000	8,150000	81,50
10,000000	8,250000	82,50
10,000000	8,350000	83,50
10,000000	8,450000	84,50
10,000000	8,550000	85,50
10,000000	8,650000	86,50
10,000000	8,750000	87,50
10,000000	8,850000	88,50
10,000000	8,950000	89,50
10,000000	9,050000	90,50
10,000000	9,150000	91,50
10,000000	9,250000	92,50
10,000000	9,350000	93,50
10,000000	9,450000	94,50
10,000000	9,550000	95,50
10,000000	9,650000	96,50
10,000000	9,750000	97,50
10,000000	9,850000	98,50
10,000000	9,950000	99,50
10,000000	10,050000	100,50
10,000000	10,150000	101,50
10,000000	10,250000	102,50
10,000000	10,350000	103,50
10,000000	10,450000	104,50
10,000000	10,550000	105,50
10,000000	10,650000	106,50
10,000000	10,750000	107,50
10,000000	10,850000	108,50
10,000000	10,950000	109,50
10,000000	11,050000	110,50
10,000000	11,150000	111,50
10,000000	11,250000	112,50
10,000000	11,350000	113,50
10,000000	11,450000	114,50
10,000000	11,550000	115,50
10,000000	11,650000	116,50
10,000000	11,750000	117,50
10,000000	11,850000	118,50
10,000000	11,950000	119,50
10,000000	12,050000	120,50
10,000000	12,150000	121,50
10,000000	12,250000	122,50
10,000000	12,350000	123,50
10,000000	12,450000	124,50
10,000000	12,550000	125,50
10,000000	12,650000	126,50
10,000000	12,750000	127,50
10,000000	12,850000	128,50
10,000000	12,950000	129,50
10,000000	13,050000	130,50
10,000000	13,150000	131,50
10,000000	13,250000	132,50
10,000000	13,350000	133,50
10,000000	13,450000	134,50
10,000000	13,550000	135,50
10,000000	13,650000	136,50
10,000000	13,750000	137,50
10,000000	13,850000	138,50
10,000000	13,950000	139,50
10,000000	14,050000	140,50
10,000000	14,150000	141,50
10,000000	14,250000	142,50
10,000000	14,350000	143,50
10,000000	14,450000	144,50
10,000000	14,550000	145,50
10,000000	14,650000	146,50
10,000000	14,750000	147,50
10,000000	14,850000	148,50
10,000000	14,950000	149,50
10,000000	15,050000	150,50
10,000000	15,150000	151,50
10,000000	15,250000	152,50
10,000000	15,350000	153,50
10,000000	15,450000	154,50
10,000000	15,550000	155,50
10,000000	15,650000	156,50
10,000000	15,750000	157,50
10,000000	15,850000	158,50
10,000000	15,950000	159,50
10,000000	16,050000	160,50
10,000000	16,150000	161,50
10,000000	16,250000	162,50
10,000000	16,350000	163,50
10,000000	16,450000	164,50
10,000000	16,550000	165,50
10,000000	16,650000	166,50
10,000000	16,750000	167,50
10,000000	16,850000	168,50
10,000000	16,950000	169,50
10,000000	17,050000	170,50
10,000000	17,150000	171,50
10,000000	17,250000	172,50
10,000000	17,350000	173,50
10,000000	17,450000	174,50
10,000000	17,550000	175,50
10,000000	17,650000	176,50
10,000000	17,750000	177,50
10,000000	17,850000	178,50
10,000000	17,950000	179,50
10,000000	18,050000	180,50
10,000000	18,150000	181,50
10,000000	18,250000	182,50
10,000000	18,350000	183,50
10,000000	18,450000	184,50
10,000000	18,550000	185,50
10,000000	18,650000	186,50
10,000000	18,750000	187,50
10,000000	18,850000	188,50
10,000000	18,950000	189,50
10,000000	19,050000	190,50
10,000000	19,150000	191,50
10,000000	19,250000	192,50
10,000000	19,350000	193,50
10,000000	19,450000	194,50
10,000000	19,550000	195,50
10,000000	19,650000	196,50
10,000000	19,750000	197,50
10,000000	19,850000	198,50
10,000000	19,950000	199,50
10,000000	20,050000	200,50
10,000000	20,150000	201,50
10,000000	20,250000	202,50
10,000000	20,350000	203,50
10,000000	20,450000	204,50
10,000000	20,550000	205,50
10,000000	20,650000	206,50
10,000000	20,750000	207,50
10,000000	20,850000	208,50
10,000000	20,950000	209,50
10,000000	21,050000	210,50
10,000000	21,150000	211,50
10,000000	21,250000	212,50
10,000000	21,350000	213,50
10,000000	21,450000	214,50
10,000000	21,550000	215,50
10,000000	21,650000	216,50
10,000000	21,750000	217,50
10,000000	21,850000	218,50
10,000000	21,950000	219,50
10,000000	22,050000	220,50
10,000000	22,150000	221,50
10,000000	22,250000	222,50
10,000000	22,350000	223,50
10,000000	22,450000	224,50
10,000000	22,550000	225,50
10,000000	22,650000	226,50
10,000000	22,750000	227,50
10,000000	22,850000	228,50
10,000000	22,950000	229,50
10,000000	23,050000	230,50
10,000000	23,150000	231,50
10,000000	23,250000	232,50
10,000000	23,350000	233,50
10,000000	23,450000	234,50
10,000000	23,550000	235,50
10,000000	23,650000	236,50
10,000000	23,750000	237,50
10,000000	23,850000	238,50
10,000000	23,950000	239,50
10,000000	24,050000	240,50
10,000000	24,150000	241,50
10,000000	24,250000	242,50
10,000000	24,350000	243,50
10,000000	24,450000	244,50
10,000000	24,550000	245,50
10,000000	24,650000	246,50
10,000000	24,750000	247,50
10,000000	24,850000	248,50
10,000000	24,950000	249,50
10,000000	25,050000	250,50
10,000000	25,150000	251,50
10,000000	25,250000	252,50
10,000000	25,350000	253,50
10,000000	25,450000	254,50
10,000000	25,550000	255,50
10,000000	25,650000	256,50
10,000000	25,750000	257,50
10,000000	25,850000	258,50
10,000000	25,950000	259,50
10,000000	26,050000	260,50
10,000000	26,150000	261,50
10,000000	26,250000	262,50
10,000000	26,350000	263,50
10,000000	26,450000	264,50
10,000000	26,550000	265,50
10,000000	26,650000	266,50
10,000000	26,750000	267,50
10,000000	26,850000	268,50
10,000000	26,950000	269,50
10,000000	27,050000	270,50
10,000000	27,150000	271,50
10,000000	27,250000	272,50
10,000000	27,350000	273,50
10,000000	27,450000	274,50
10,000000	27,550000	275,50
10,000000	27,650000	276,50
10,000000	27,750000	277,50
10,000000	27,850000	278,50
10,000000	27,950000	279,50
10,000000	28,050000	280,50
10,000000	28,150000	281,50
10,000000	28,250000	282,50
10,000000	28,350000	283,50
10,000000	28,450000	284,50
10,000000	28,550000	285,50
10,000000	28,650000	286,50
10,000000	28,750000	287,50
10,000000	28,850000	288,50
10,000000	28,950000	289,50
10,000000	29,050000	290,50
10,000000	29,150000	291,50
10,000000	29,250000	292,50



Terça Social de Energia Elétrica criada pela Lei 13.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 13.935.932/0001-68 | Insc. Est. 0008945-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA, 3

CPF 945 234 444-04

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

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DE NOTA FISCAL 7008475460
DATA DE EMISSÃO 10/2019
UNICA 08/10/2019

APRESENTAÇÃO 08/10/2019
CONSUMIDOR 2011186008
DATA DE INSTALAÇÃO 08/10/2019

CONTA Nº 7008475460
MES 10/2019
DATA DE VENCIMENTO 15/11/2019
DATA DE PAGAMENTO 08/11/2019
VALOR DA CONTA (R\$) 53,62

Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 072300634-DE/JU/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
69,0000000	0,81069852	47,83
		0,80
		2,82
		2,37
		0,80

TOTAL DA FATURA

53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO - ESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ABASTE	CONSUMO (KWH)
3180297771	CAT	05/09/2018	252,00	08/10/2019	311,00	32	1,60000		59,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Scanned by CamScanner

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 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 denúncias suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana M. M. de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Spé Eduardo de L. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.809.704/74 do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Spé 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 <u>Rua Rosemário Alves da Rocha</u>		Número <u>3</u>	Complemento <u>coxa</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Stº Cruz do Capibaribe</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55-192-305</u>
E-mail _____		Telefone comercial (DDD) <u>9-91613907</u>	Telefone celular (DDD) <u>9-97001998</u>

Stº Cruz do Cap. PE de 24 / fevereiro de 2020
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

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 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 denúncias suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana M. M. de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Spé Eduardo de L. Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 113.809.704/74 do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima
Spé 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 <u>Rua Rosemário Alves da Rocha</u>		Número <u>3</u>	Complemento <u>coxa</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Stº Cruz do Capibaribe</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55-192-305</u>
E-mail _____		Telefone comercial (DDD) <u>9-91613907</u>	Telefone celular (DDD) <u>9-97001998</u>

Stº Cruz do Cap. PE de 24 / fevereiro de 2020
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



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 consista 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 ____ / ____ / ____



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


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.514591



FICHA DE ATENDIMENTO

Usuário e/ou data de
atendimento:
15.56

UPA
24h

RECEPCIONISTA: A. B. 0007 Data: 06/08/19 Hora: 13:15 min
Nome: João Roberto Gomes de Brito Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: _____ Nascimento: 01/05/94 Nº SUS: _____
Estado Civil: S Profissão: _____ Fone: () _____
Endereço: R. Serrador Pontal Nº 33 Bairro: _____
Cidade: S. C. Acompanhante: () Sim Não (X) Nome: _____
Pai: _____
Mãe: Alexandre de Jesus Santos

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min
PA: 100 x 60 T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% 99%

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 12:00 min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: NS

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();
Insensível ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave();
Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia 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 últimas 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(); história até 72h de:
Melena(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); Hematúria(); mat biológico();

CÓPIA AUTORIZADA

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 alteração de SSVV (); PAS entre 150 a 190mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem tosse ().

OBS: Excluído do plano, em avaliação

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômitos ou diarreia 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:

Por trazida pelo SAMU vítima de colisão moto x caminhão, lesões Glasgow=15, e imobilizada com ASD e esparadrapo em pontos

Exame físico:

Hipótese diagnóstica:

Conduta:

RL, curativos / torniquetes / pontos
Voltar em casa

13/16

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 6023671 CNF: 08.776.268/0001-68

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Cirurgião: DR. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Endereço: RUA PARANÁ, 100 - JARDIM PARANÁ - FONE: 333.3333

Paciente: EDUARDO DE LIMA SANTOS

Profissão: SÍTILO SERROTE

Endereço: RUA DE SAO MIGUEL

Município: 15/05/2015 18:30h

Data Atendimento: 15/05/2015 18:30h

RAÇA/COR: 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - PARDAS 4 - AMARELA 5 - INDÍGENA 6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Doença atual: lesão de trabalho - acidente de trabalho - lesão de trabalho

Exames realizados na unidade

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. 100 ml de soro fisiológico

2. 100 ml de soro fisiológico

3. 100 ml de soro fisiológico

4. 100 ml de soro fisiológico

5. 100 ml de soro fisiológico

DIAGNOSTICO / CID

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB)

Consulta Especializada: Fisiologia

PROCEDIMENTO

Exame de ultrassom de abdome superior

Exame de ultrassom de abdome superior

TIPO DE ATENDIMENTO

ULTRASSONOGRAFIA

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 TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

01 - PRESCRITA

02 - APPLICADA

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

ENCAMINHAMENTO

01 - OBSERVAÇÃO

02 - OUTRO HOSPITAL

03 - ÓBITO

04 - INTERNAÇÃO

05 - OUTROS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - DR. FLOREANO DE LIMA SANTOS

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

Ficha de Acolhimento

Nome: Jose Eduardo de Sousa Santos
End: Rua Sítio Gerado São M. Guaf Bairro: Barro D. Miguel
Data de Nascimento: 07-05-94 Documento de Identificação:
Queixa: Acidose Data do Atend.: 15-4-2013 Hora: 18h Documento:

Moto

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☒ Calmo ☐ Fácels de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
Pressão arterial: Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: Mucosas: ☒ Normocoréa ☐ Pálida
Deambulação: ☒ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

MD0. 110

- ☐ 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 - PARAIBA

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 no presente estudo.



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



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: José Eduardo de Lima 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

Fratura do fêmur direito

3. Evolução e complicações

Evoluiu sem complicações

4. Terapêutica realizada

Redução da fratura

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Fratura do fêmur direito

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Alta

Com parentes

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☒ Melhorado ☐ Inalterado
☐ Transferido para:

GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Dr. Fernando Ferrandes

Paciente: José Evaristo de Souza Santos

Alcance: 9

Idade: 2

Correlação:

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

11/11/2011

12/11/2011

13/11/2011

14/11/2011

15/11/2011

16/11/2011

17/11/2011

18/11/2011

19/11/2011

20/11/2011

21/11/2011

22/11/2011

23/11/2011

24/11/2011

25/11/2011

26/11/2011

27/11/2011

28/11/2011

29/11/2011

30/11/2011

01/12/2011

02/12/2011

03/12/2011

04/12/2011

05/12/2011

06/12/2011

Dr. Fernando Ferrandes
Cirurgião Especialista
CRM 11.111

Dr. Fernando Ferrandes
Cirurgião Especialista
CRM 11.111

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUDECGHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRECATÓRIO

12005019

FOLHA DE ANESTESIA

NOME

Joaquim Eduardo de Lima Brito

IDADE

72

SEXO

M

COR

Branco

DA A	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	POSIÇÃO	ALÍNEA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMOGLOBINAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	DI. TEND.
					AGM	BRONQUIOS
AP. RESPIRATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. CIRCULATÓRIO						
AP. DIGESTIVO					DENTES	PODODONTO
ESTADO MENTAL					ATAXIA	ORTOSTATISMO
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ALERGIA	HIPOTENSOR
ANESTESIAS ANTERIORES					ESTADO FÍSICO	PRECO
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS
					FRUTO	

AGENTES ANESTÉSICOS		INDICAÇÃO	Setel: <input checked="" type="checkbox"/> Excl: <input type="checkbox"/> Tosses: <input type="checkbox"/>
LÍQUIDOS		Largura expirado: <input type="checkbox"/> Leão: <input type="checkbox"/>	
		Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>	
		Outros: <input type="checkbox"/>	
		MANUTENÇÃO	
		1. Oxi. para 100%	
		2. Oxi. para 100%	
		3. Oxi. para 100%	
		4. Oxi. para 100%	
		5. Oxi. para 100%	
		6. Oxi. para 100%	
		7. Oxi. para 100%	
		8. Oxi. para 100%	
		9. Oxi. para 100%	
		10. Oxi. para 100%	
		11. Oxi. para 100%	
		12. Oxi. para 100%	
		13. Oxi. para 100%	
		14. Oxi. para 100%	
		15. Oxi. para 100%	
		16. Oxi. para 100%	
		17. Oxi. para 100%	
		18. Oxi. para 100%	
		19. Oxi. para 100%	
		20. Oxi. para 100%	
		21. Oxi. para 100%	
		22. Oxi. para 100%	
		23. Oxi. para 100%	
		24. Oxi. para 100%	
		25. Oxi. para 100%	
		26. Oxi. para 100%	
		27. Oxi. para 100%	
		28. Oxi. para 100%	
		29. Oxi. para 100%	
		30. Oxi. para 100%	
		31. Oxi. para 100%	
		32. Oxi. para 100%	
		33. Oxi. para 100%	
		34. Oxi. para 100%	
		35. Oxi. para 100%	
		36. Oxi. para 100%	
		37. Oxi. para 100%	
		38. Oxi. para 100%	
		39. Oxi. para 100%	
		40. Oxi. para 100%	
		41. Oxi. para 100%	
		42. Oxi. para 100%	
		43. Oxi. para 100%	
		44. Oxi. para 100%	
		45. Oxi. para 100%	
		46. Oxi. para 100%	
		47. Oxi. para 100%	
		48. Oxi. para 100%	
		49. Oxi. para 100%	
		50. Oxi. para 100%	
		51. Oxi. para 100%	
		52. Oxi. para 100%	
		53. Oxi. para 100%	
		54. Oxi. para 100%	
		55. Oxi. para 100%	
		56. Oxi. para 100%	
		57. Oxi. para 100%	
		58. Oxi. para 100%	
		59. Oxi. para 100%	
		60. Oxi. para 100%	
		61. Oxi. para 100%	
		62. Oxi. para 100%	
		63. Oxi. para 100%	
		64. Oxi. para 100%	
		65. Oxi. para 100%	
		66. Oxi. para 100%	
		67. Oxi. para 100%	
		68. Oxi. para 100%	
		69. Oxi. para 100%	
		70. Oxi. para 100%	
		71. Oxi. para 100%	
		72. Oxi. para 100%	
		73. Oxi. para 100%	
		74. Oxi. para 100%	
		75. Oxi. para 100%	
		76. Oxi. para 100%	
		77. Oxi. para 100%	
		78. Oxi. para 100%	
		79. Oxi. para 100%	
		80. Oxi. para 100%	
		81. Oxi. para 100%	
		82. Oxi. para 100%	
		83. Oxi. para 100%	
		84. Oxi. para 100%	
		85. Oxi. para 100%	
		86. Oxi. para 100%	
		87. Oxi. para 100%	
		88. Oxi. para 100%	
		89. Oxi. para 100%	
		90. Oxi. para 100%	
		91. Oxi. para 100%	
		92. Oxi. para 100%	
		93. Oxi. para 100%	
		94. Oxi. para 100%	
		95. Oxi. para 100%	
		96. Oxi. para 100%	
		97. Oxi. para 100%	
		98. Oxi. para 100%	
		99. Oxi. para 100%	
		100. Oxi. para 100%	
		101. Oxi. para 100%	
		102. Oxi. para 100%	
		103. Oxi. para 100%	
		104. Oxi. para 100%	
		105. Oxi. para 100%	
		106. Oxi. para 100%	
		107. Oxi. para 100%	
		108. Oxi. para 100%	
		109. Oxi. para 100%	
		110. Oxi. para 100%	
		111. Oxi. para 100%	
		112. Oxi. para 100%	
		113. Oxi. para 100%	
		114. Oxi. para 100%	
		115. Oxi. para 100%	
		116. Oxi. para 100%	
		117. Oxi. para 100%	
		118. Oxi. para 100%	
		119. Oxi. para 100%	
		120. Oxi. para 100%	
		121. Oxi. para 100%	
		122. Oxi. para 100%	
		123. Oxi. para 100%	
		124. Oxi. para 100%	
		125. Oxi. para 100%	
		126. Oxi. para 100%	
		127. Oxi. para 100%	
		128. Oxi. para 100%	
		129. Oxi. para 100%	
		130. Oxi. para 100%	
		131. Oxi. para 100%	
		132. Oxi. para 100%	
		133. Oxi. para 100%	
		134. Oxi. para 100%	
		135. Oxi. para 100%	
		136. Oxi. para 100%	
		137. Oxi. para 100%	
		138. Oxi. para 100%	
		139. Oxi. para 100%	
		140. Oxi. para 100%	
		141. Oxi. para 100%	
		142. Oxi. para 100%	
		143. Oxi. para 100%	
		144. Oxi. para 100%	
		145. Oxi. para 100%	
		146. Oxi. para 100%	
		147. Oxi. para 100%	
		148. Oxi. para 100%	
		149. Oxi. para 100%	
		150. Oxi. para 100%	
		151. Oxi. para 100%	
		152. Oxi. para 100%	
		153. Oxi. para 100%	
		154. Oxi. para 100%	
		155. Oxi. para 100%	
		156. Oxi. para 100%	
		157. Oxi. para 100%	
		158. Oxi. para 100%	
		159. Oxi. para 100%	
		160. Oxi. para 100%	
		161. Oxi. para 100%	
		162. Oxi. para 100%	
		163. Oxi. para 100%	
		164. Oxi. para 100%	
		165. Oxi. para 100%	
		166. Oxi. para 100%	
		167. Oxi. para 100%	
		168. Oxi. para 100%	
		169. Oxi. para 100%	
		170. Oxi. para 100%	
		171. Oxi. para 100%	
		172. Oxi. para 100%	
		173. Oxi. para 100%	
		174. Oxi. para 100%	
		175. Oxi. para 100%	
		176. Oxi. para 100%	
		177. Oxi. para 100%	
		178. Oxi. para 100%	
		179. Oxi. para 100%	
		180. Oxi. para 100%	
		181. Oxi. para 100%	
		182. Oxi. para 100%	
		183. Oxi. para 100%	
		184. Oxi. para 100%	
		185. Oxi. para 100%	
		186. Oxi. para 100%	
		187. Oxi. para 100%	
		188. Oxi. para 100%	
		189. Oxi. para 100%	
		190. Oxi. para 100%	
		191. Oxi. para 100%	
		192. Oxi. para 100%	
		193. Oxi. para 100%	
		194. Oxi. para 100%	
		195. Oxi. para 100%	
		196. Oxi. para 100%	
		197. Oxi. para 100%	
		198. Oxi. para 100%	
		199. Oxi. para 100%	
		200. Oxi. para 100%	
		201. Oxi. para 100%	
		202. Oxi. para 100%	
		203. Oxi. para 100%	
		204. Oxi. para 100%	
		205. Oxi. para 100%	
		206. Oxi. para 100%	
		207. Oxi. para 100%	
		208. Oxi. para 100%	
		209. Oxi. para 100%	
		210. Oxi. para 100%	
		211. Oxi. para 100%	
		212. Oxi. para 100%	
		213. Oxi. para 100%	
		214. Oxi. para 100%	
		215. Oxi. para 100%	
		216. Oxi. para 100%	
		217. Oxi. para 100%	
		218. Oxi. para 100%	
		219. Oxi. para 100%	
		220. Oxi. para 100%	
		221. Oxi. para 100%	
		222. Oxi. para 100%	
		223. Oxi. para 100%	
		224. Oxi. para 100%	
		225. Oxi. para 100%	
		226. Oxi. para 100%	
		227. Oxi. para 100%	
		228. Oxi. para 100%	
		229. Oxi. para 100%	
		230. Oxi. para 100%	
		231. Oxi. para 100%	
		232. Oxi. para 100%	
		233. Oxi. para 100%	
		234. Oxi. para 100%	
		235. Oxi. para 100%	
		236. Oxi. para 100%	
		237. Oxi. para 100%	
		238. Oxi. para 100%	
		239. Oxi. para 100%	
		240. Oxi. para 100%	
		241. Oxi. para 100%	
		242. Oxi. para 100%	
		243. Oxi. para 100%	
		244. Oxi. para 100%	
		245. Oxi. para 100%	
		246. Oxi. para 100%	
		247. Oxi. para 100%	
		248. Oxi. para 100%	
		249. Oxi. para 100%	
		250. Oxi. para 100%	
		251. Oxi. para 100%	
		252. Oxi. para 100%	
		253. Oxi. para 100%	
		254. Oxi. para 100%	
		255. Oxi. para 100%	
		256. Oxi. para 100%	
		257. Oxi. para 100%	
		258. Oxi. para 100%	
		259. Oxi. para 100%	
		260. Oxi. para 100%	
		261. Oxi. para 100%	
		262. Oxi. para 100%	
		263. Oxi. para 100%	
		264. Oxi. para 100%	
		265. Oxi. para 100%	
		266. Oxi. para 100%	
		267. Oxi. para 100%	
		268. Oxi. para 100%	
		269. Oxi. para 100%	
		270. Oxi. para 100%	
		271. Oxi. para 100%	
		272. Oxi. para 100%	
		273. Oxi. para 100%	
		274. Oxi. para 100%	
		275. Oxi. para 100%	
		276. Oxi. para 100%	
		277. Oxi. para 100%	
		278. Oxi. para 100%	
		2	

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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS		2

Antonio E. Costa

Assinatura do anestesista


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Joaquim Gomes da Silva		Idade:	45
Convênio:	União		Data:	10/10/80
Procedimento:	Cirurgia de reparação da hernia abdominal			
Cirurgião:	Dr. Tanaka	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Volante	
Início:		Término:	Anestesia: local	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Condição
07:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
08:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
09:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
10:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
11:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
12:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
13:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
14:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
15:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
16:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
17:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
18:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
19:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
20:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
21:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
22:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
23:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável
24:00	130x70	93	93%	Robinson	1	estável

[illegible]

Observações:


Assinatura Anestesiologo

Circulante

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
16/03/2016	11:15	36,2	72		120/80		<p>Pré-hospitalar: Dor no abdômen, náusea, vômito, febre.</p> <p>Exame físico: Dor no abdômen, febre.</p> <p>Exames de laboratório: Hemograma, urina, cultura de urina.</p> <p>Tratamento: Antibiótico, analgésico.</p> <p>91 - melhora, sem dor abdominal.</p>	





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 consista 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 ____ / ____ / ____




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


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.514591

Usencia e Modisa de
simbolos
15.56 **IPDA**

UPA
24h

Endereço da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____:_____:_____min

ES: 100% T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% 98%

Dados de Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 12:00 min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: Nº 22

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(); Inesponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave(); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia 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(); mat biológico();

CONTRA ROTORIZADA

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 alteração de SSVV (); PAS entre 150 a 190mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem tosse ().

OBS: Excluído do plano, encaminhado

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômitos ou diarreia 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: Por trazida pelo SAMU vítima
de colisão moto x caminhão
capotado, Glasgow=15, e imobilizado
com ASD e escoriações em membros

Exame físico: _____

Hipótese diagnóstica: Trauma

Conduta: RL, curativos / torniquete / punção
Voltar para casa

13/16
15/16

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 6023671 CNF: 08.776.268/0001-68

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Cirurgião: DR. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Endereço: RUA PARANÁ, 100 - JARDIM PARANÁ - FONE: 333.3333

Cidade: CURITIBA - ESTADO: PARANÁ - UF: PR

Profissão: FISIOTERAPEUTA

Endereço: RUA DE SAO MIGUEL - Fone: 333.3333

Cidade: CURITIBA - ESTADO: PARANÁ - UF: PR

Data de Nascimento: 15/05/2015 - 18:30h

Sexo: F - RACIA: BRANCA

Profissão: FISIOTERAPEUTA

Endereço: RUA DE SAO MIGUEL - Fone: 333.3333

Cidade: CURITIBA - ESTADO: PARANÁ - UF: PR

Data de Nascimento: 15/05/2015 - 18:30h

Sexo: F - RACIA: BRANCA

Profissão: FISIOTERAPEUTA

Endereço: RUA DE SAO MIGUEL - Fone: 333.3333

Cidade: CURITIBA - ESTADO: PARANÁ - UF: PR

Data de Nascimento: 15/05/2015 - 18:30h

Sexo: F - RACIA: BRANCA

Profissão: FISIOTERAPEUTA

Endereço: RUA DE SAO MIGUEL - Fone: 333.3333

Cidade: CURITIBA - ESTADO: PARANÁ - UF: PR

Data de Nascimento: 15/05/2015 - 18:30h

Sexo: F - RACIA: BRANCA

Profissão: FISIOTERAPEUTA

Endereço: RUA DE SAO MIGUEL - Fone: 333.3333

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB)

Consulta Especializada: FISIOTERAPIA

PROCEDIMENTO

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

Ficha de Acolhimento

Nome: Jose Eduardo de Sousa Santos
End: Rua Sítio Gerado São M. José Bairro: Barro D. Rafael
Data de Nascimento: 07-05-94 Documento de Identificação:
Queixa: Acidose Data do Atend.: 15-4-2013 Hora: 18h Documento:

Moto

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☒ Calmo ☐ Fácies de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
Pressão arterial: Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: Mucosas: ☒ Normocoréa ☐ Pálida
Deambulação: ☒ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

MD0. 110

- ☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

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 no presente estudo.



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



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: José Eduardo de Lima 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

Fratura do fêmur direito

3. Evolução e complicações

Evoluiu sem complicações

4. Terapêutica realizada

Redução da fratura

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Fratura do fêmur direito

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Alta

Com parentes

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Dr. Fernando Ferrandes

Paciente: José Euzébio de Souza Santos

Alcance: 9

Idade: 2

Correlação:

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

11/11/2011

12/11/2011

13/11/2011

14/11/2011

15/11/2011

16/11/2011

17/11/2011

18/11/2011

19/11/2011

20/11/2011

21/11/2011

22/11/2011

23/11/2011

24/11/2011

25/11/2011

26/11/2011

27/11/2011

28/11/2011

29/11/2011

30/11/2011

01/12/2011

02/12/2011

03/12/2011

04/12/2011

05/12/2011

06/12/2011

07/12/2011

08/12/2011

11/11/2011

12/11/2011

13/11/2011

14/11/2011

15/11/2011

16/11/2011

17/11/2011

18/11/2011

19/11/2011

20/11/2011

21/11/2011

22/11/2011

23/11/2011

24/11/2011

25/11/2011

26/11/2011

27/11/2011

28/11/2011

29/11/2011

30/11/2011

01/12/2011

02/12/2011

03/12/2011

04/12/2011

05/12/2011

06/12/2011

07/12/2011

08/12/2011

Dr. Fernando Ferrandes
Cirurgião Especialista
CRM 11.111

Dr. Fernando Ferrandes
Cirurgião Especialista
CRM 11.111

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUDECGHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMAGEM

LEITO

Nº PRECATÓRIO

12005019

FOLHA DE ANESTESIA

NOME

Joaquim Eduardo de Lima Paula

IDADE

71

SEXO

M

COR

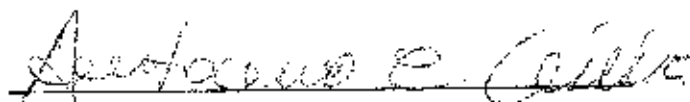
Branco

DA A	PRÉSSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	POSIÇÃO	ALÍNEA
TPO SANGÜÍNEO	HEMOGLOBINAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	DI. TROF.
					AGM	BRONQUEITE
AP. RESPIRATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. CIRCULATÓRIO						
AP. DIGESTIVA					DENTES	PODÓDIO
ESTADO MENTAL					ATAXIA	ORTOCÓLICO
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ALERGIA	HIPOTENSOR
ANESTESIAS ANTERIORES					ESTADO FÍSICO	PRÉCIO
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS
					FRUTO	

AGENTES ANESTÉSICOS		INDICAÇÃO	Setel: <input checked="" type="checkbox"/> Excl: <input type="checkbox"/> Tosses: <input type="checkbox"/>
LÍQUIDOS		Largura expirado: <input type="checkbox"/> Leão: <input type="checkbox"/>	
		Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>	
		Outros: <input type="checkbox"/>	
		MANUTENÇÃO	
		1. Oxi. para 100%	
		2. Oxi. para 100%	
		3. Oxi. para 100%	
		4. Oxi. para 100%	
		5. Oxi. para 100%	
		6. Oxi. para 100%	
		7. Oxi. para 100%	
		8. Oxi. para 100%	
		9. Oxi. para 100%	
		10. Oxi. para 100%	
		11. Oxi. para 100%	
		12. Oxi. para 100%	
		13. Oxi. para 100%	
		14. Oxi. para 100%	
		15. Oxi. para 100%	
		16. Oxi. para 100%	
		17. Oxi. para 100%	
		18. Oxi. para 100%	
		19. Oxi. para 100%	
		20. Oxi. para 100%	
		21. Oxi. para 100%	
		22. Oxi. para 100%	
		23. Oxi. para 100%	
		24. Oxi. para 100%	
		25. Oxi. para 100%	
		26. Oxi. para 100%	
		27. Oxi. para 100%	
		28. Oxi. para 100%	
		29. Oxi. para 100%	
		30. Oxi. para 100%	
		31. Oxi. para 100%	
		32. Oxi. para 100%	
		33. Oxi. para 100%	
		34. Oxi. para 100%	
		35. Oxi. para 100%	
		36. Oxi. para 100%	
		37. Oxi. para 100%	
		38. Oxi. para 100%	
		39. Oxi. para 100%	
		40. Oxi. para 100%	
		41. Oxi. para 100%	
		42. Oxi. para 100%	
		43. Oxi. para 100%	
		44. Oxi. para 100%	
		45. Oxi. para 100%	
		46. Oxi. para 100%	
		47. Oxi. para 100%	
		48. Oxi. para 100%	
		49. Oxi. para 100%	
		50. Oxi. para 100%	
		51. Oxi. para 100%	
		52. Oxi. para 100%	
		53. Oxi. para 100%	
		54. Oxi. para 100%	
		55. Oxi. para 100%	
		56. Oxi. para 100%	
		57. Oxi. para 100%	
		58. Oxi. para 100%	
		59. Oxi. para 100%	
		60. Oxi. para 100%	
		61. Oxi. para 100%	
		62. Oxi. para 100%	
		63. Oxi. para 100%	
		64. Oxi. para 100%	
		65. Oxi. para 100%	
		66. Oxi. para 100%	
		67. Oxi. para 100%	
		68. Oxi. para 100%	
		69. Oxi. para 100%	
		70. Oxi. para 100%	
		71. Oxi. para 100%	
		72. Oxi. para 100%	
		73. Oxi. para 100%	
		74. Oxi. para 100%	
		75. Oxi. para 100%	
		76. Oxi. para 100%	
		77. Oxi. para 100%	
		78. Oxi. para 100%	
		79. Oxi. para 100%	
		80. Oxi. para 100%	
		81. Oxi. para 100%	
		82. Oxi. para 100%	
		83. Oxi. para 100%	
		84. Oxi. para 100%	
		85. Oxi. para 100%	
		86. Oxi. para 100%	
		87. Oxi. para 100%	
		88. Oxi. para 100%	
		89. Oxi. para 100%	
		90. Oxi. para 100%	
		91. Oxi. para 100%	
		92. Oxi. para 100%	
		93. Oxi. para 100%	
		94. Oxi. para 100%	
		95. Oxi. para 100%	
		96. Oxi. para 100%	
		97. Oxi. para 100%	
		98. Oxi. para 100%	
		99. Oxi. para 100%	
		100. Oxi. para 100%	
		101. Oxi. para 100%	
		102. Oxi. para 100%	
		103. Oxi. para 100%	
		104. Oxi. para 100%	
		105. Oxi. para 100%	
		106. Oxi. para 100%	
		107. Oxi. para 100%	
		108. Oxi. para 100%	
		109. Oxi. para 100%	
		110. Oxi. para 100%	
		111. Oxi. para 100%	
		112. Oxi. para 100%	
		113. Oxi. para 100%	
		114. Oxi. para 100%	
		115. Oxi. para 100%	
		116. Oxi. para 100%	
		117. Oxi. para 100%	
		118. Oxi. para 100%	
		119. Oxi. para 100%	
		120. Oxi. para 100%	
		121. Oxi. para 100%	
		122. Oxi. para 100%	
		123. Oxi. para 100%	
		124. Oxi. para 100%	
		125. Oxi. para 100%	
		126. Oxi. para 100%	
		127. Oxi. para 100%	
		128. Oxi. para 100%	
		129. Oxi. para 100%	
		130. Oxi. para 100%	
		131. Oxi. para 100%	
		132. Oxi. para 100%	
		133. Oxi. para 100%	
		134. Oxi. para 100%	
		135. Oxi. para 100%	
		136. Oxi. para 100%	
		137. Oxi. para 100%	
		138. Oxi. para 100%	
		139. Oxi. para 100%	
		140. Oxi. para 100%	
		141. Oxi. para 100%	
		142. Oxi. para 100%	
		143. Oxi. para 100%	
		144. Oxi. para 100%	
		145. Oxi. para 100%	
		146. Oxi. para 100%	
		147. Oxi. para 100%	
		148. Oxi. para 100%	
		149. Oxi. para 100%	
		150. Oxi. para 100%	
		151. Oxi. para 100%	
		152. Oxi. para 100%	
		153. Oxi. para 100%	
		154. Oxi. para 100%	
		155. Oxi. para 100%	
		156. Oxi. para 100%	
		157. Oxi. para 100%	
		158. Oxi. para 100%	
		159. Oxi. para 100%	
		160. Oxi. para 100%	
		161. Oxi. para 100%	
		162. Oxi. para 100%	
		163. Oxi. para 100%	
		164. Oxi. para 100%	
		165. Oxi. para 100%	
		166. Oxi. para 100%	
		167. Oxi. para 100%	
		168. Oxi. para 100%	
		169. Oxi. para 100%	
		170. Oxi. para 100%	
		171. Oxi. para 100%	
		172. Oxi. para 100%	
		173. Oxi. para 100%	
		174. Oxi. para 100%	
		175. Oxi. para 100%	
		176. Oxi. para 100%	
		177. Oxi. para 100%	
		178. Oxi. para 100%	
		179. Oxi. para 100%	
		180. Oxi. para 100%	
		181. Oxi. para 100%	
		182. Oxi. para 100%	
		183. Oxi. para 100%	
		184. Oxi. para 100%	
		185. Oxi. para 100%	
		186. Oxi. para 100%	
		187. Oxi. para 100%	
		188. Oxi. para 100%	
		189. Oxi. para 100%	
		190. Oxi. para 100%	
		191. Oxi. para 100%	
		192. Oxi. para 100%	
		193. Oxi. para 100%	
		194. Oxi. para 100%	
		195. Oxi. para 100%	
		196. Oxi. para 100%	
		197. Oxi. para 100%	
		198. Oxi. para 100%	
		199. Oxi. para 100%	
		200. Oxi. para 100%	
		201. Oxi. para 100%	
		202. Oxi. para 100%	
		203. Oxi. para 100%	
		204. Oxi. para 100%	
		205. Oxi. para 100%	
		206. Oxi. para 100%	
		207. Oxi. para 100%	
		208. Oxi. para 100%	
		209. Oxi. para 100%	
		210. Oxi. para 100%	
		211. Oxi. para 100%	
		212. Oxi. para 100%	
		213. Oxi. para 100%	
		214. Oxi. para 100%	
		215. Oxi. para 100%	
		216. Oxi. para 100%	
		217. Oxi. para 100%	
		218. Oxi. para 100%	
		219. Oxi. para 100%	
		220. Oxi. para 100%	
		221. Oxi. para 100%	
		222. Oxi. para 100%	
		223. Oxi. para 100%	
		224. Oxi. para 100%	
		225. Oxi. para 100%	
		226. Oxi. para 100%	
		227. Oxi. para 100%	
		228. Oxi. para 100%	
		229. Oxi. para 100%	
		230. Oxi. para 100%	
		231. Oxi. para 100%	
		232. Oxi. para 100%	
		233. Oxi. para 100%	
		234. Oxi. para 100%	
		235. Oxi. para 100%	
		236. Oxi. para 100%	
		237. Oxi. para 100%	
		238. Oxi. para 100%	
		239. Oxi. para 100%	
		240. Oxi. para 100%	
		241. Oxi. para 100%	
		242. Oxi. para 100%	
		243. Oxi. para 100%	
		244. Oxi. para 100%	
		245. Oxi. para 100%	
		246. Oxi. para 100%	
		247. Oxi. para 100%	
		248. Oxi. para 100%	
		249. Oxi. para 100%	
		250. Oxi. para 100%	
		251. Oxi. para 100%	
		252. Oxi. para 100%	
		253. Oxi. para 100%	
		254. Oxi. para 100%	
		255. Oxi. para 100%	
		256. Oxi. para 100%	
		257. Oxi. para 100%	
		258. Oxi. para 100%	
		259. Oxi. para 100%	
		260. Oxi. para 100%	
		261. Oxi. para 100%	
		262. Oxi. para 100%	
		263. Oxi. para 100%	
		264. Oxi. para 100%	
		265. Oxi. para 100%	
		266. Oxi. para 100%	
		267. Oxi. para 100%	
		268. Oxi. para 100%	
		269. Oxi. para 100%	
		270. Oxi. para 100%	
		271. Oxi. para 100%	
		272. Oxi. para 100%	
		273. Oxi. para 100%	
		274. Oxi. para 100%	
		275. Oxi. para 100%	
		276. Oxi. para 100%	
		277. Oxi. para 100%	
		278. Oxi. para 100%	

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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS		2



Assinatura do anestesista

Circulante

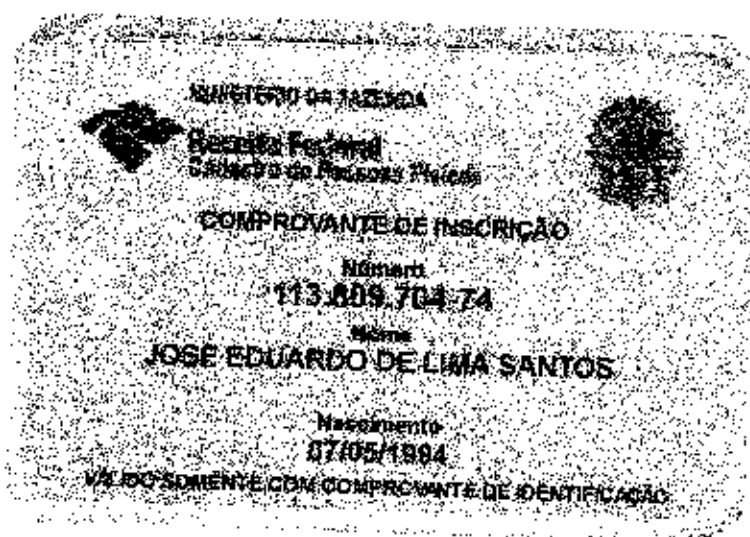
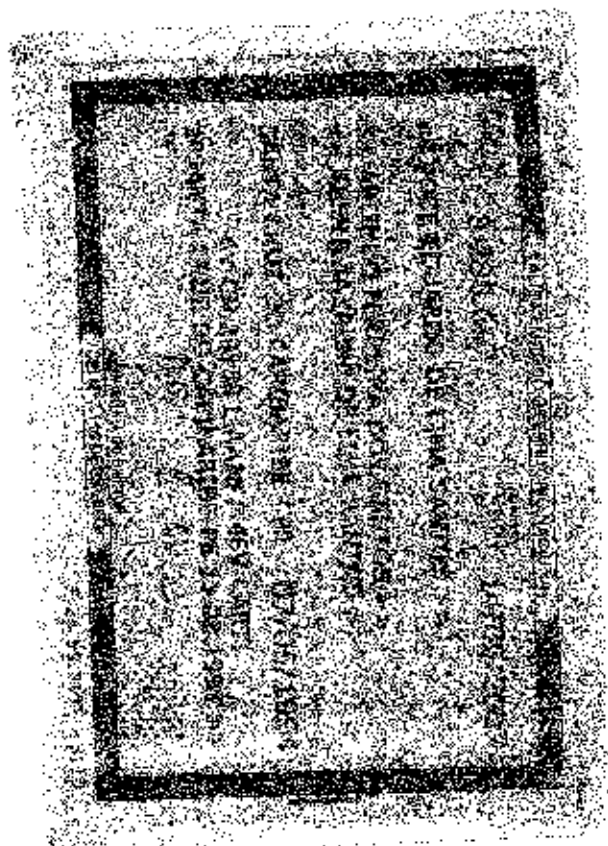
NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

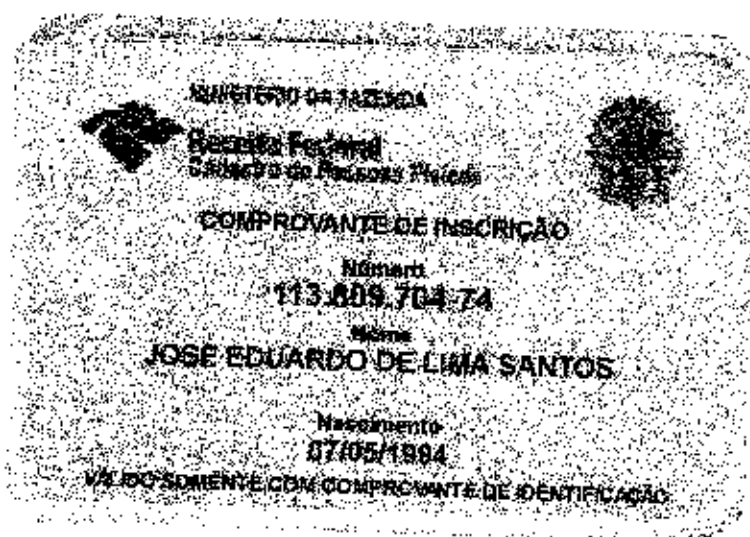
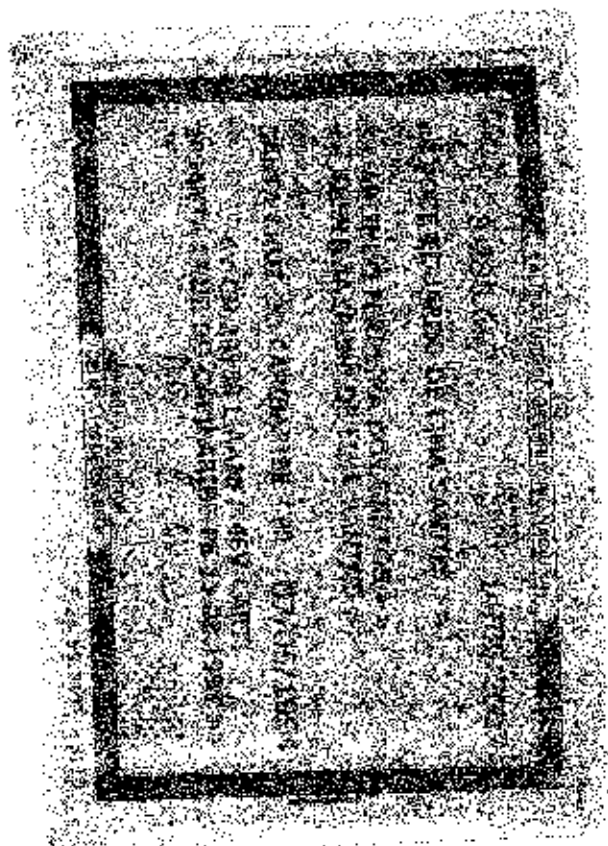
Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
12/03/2016	11:15	36,4	72		110/80		<p>Pré-hospitalar: Dor no abdômen, náusea, vômito, febre.</p> <p>Exame físico: Dor no abdômen, febre.</p> <p>Exames: Hemograma, urina, cultura de urina.</p> <p>Tratamento: Antibióticos, analgésicos.</p> <p>91 - melhora, sem dor abdominal.</p>	

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	ROSE GONZAGA PERMANDES	Alimentado		Idoso		Coivado	
Data		Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
10/05/2014	1. dieta líquida 2. Soro fisiológico 500ml 3. Soro de Sódio 4. Analgésico 10ml 5. Antibiótico 10ml 6. Laxante 10ml 7. Vitamina C 10ml 8. Vitamina B12 10ml 9. Vitamina E 10ml 10. Vitamina K 10ml 11. Vitamina A 10ml 12. Vitamina D 10ml 13. Vitamina F 10ml 14. Vitamina H 10ml 15. Vitamina I 10ml 16. Vitamina J 10ml 17. Vitamina L 10ml 18. Vitamina M 10ml 19. Vitamina N 10ml 20. Vitamina O 10ml 21. Vitamina P 10ml 22. Vitamina Q 10ml 23. Vitamina R 10ml 24. Vitamina S 10ml 25. Vitamina T 10ml 26. Vitamina U 10ml 27. Vitamina V 10ml 28. Vitamina W 10ml 29. Vitamina X 10ml 30. Vitamina Y 10ml 31. Vitamina Z 10ml 32. Vitamina AA 10ml 33. Vitamina BB 10ml 34. Vitamina CC 10ml 35. Vitamina DD 10ml 36. Vitamina EE 10ml 37. Vitamina FF 10ml 38. Vitamina GG 10ml 39. Vitamina HH 10ml 40. Vitamina II 10ml 41. Vitamina JJ 10ml 42. Vitamina KK 10ml 43. Vitamina LL 10ml 44. Vitamina MM 10ml 45. Vitamina NN 10ml 46. Vitamina OO 10ml 47. Vitamina PP 10ml 48. Vitamina QQ 10ml 49. Vitamina RR 10ml 50. Vitamina SS 10ml 51. Vitamina TT 10ml 52. Vitamina UU 10ml 53. Vitamina VV 10ml 54. Vitamina WW 10ml 55. Vitamina XX 10ml 56. Vitamina YY 10ml 57. Vitamina ZZ 10ml 58. Vitamina AA 10ml 59. Vitamina BB 10ml 60. Vitamina CC 10ml 61. Vitamina DD 10ml 62. Vitamina EE 10ml 63. Vitamina FF 10ml 64. Vitamina GG 10ml 65. Vitamina HH 10ml 66. Vitamina II 10ml 67. Vitamina JJ 10ml 68. Vitamina KK 10ml 69. Vitamina LL 10ml 70. Vitamina MM 10ml 71. Vitamina NN 10ml 72. Vitamina OO 10ml 73. Vitamina PP 10ml 74. Vitamina QQ 10ml 75. Vitamina RR 10ml 76. Vitamina SS 10ml 77. Vitamina TT 10ml 78. Vitamina UU 10ml 79. Vitamina VV 10ml 80. Vitamina WW 10ml 81. Vitamina XX 10ml 82. Vitamina YY 10ml 83. Vitamina ZZ 10ml 84. Vitamina AA 10ml 85. Vitamina BB 10ml 86. Vitamina CC 10ml 87. Vitamina DD 10ml 88. Vitamina EE 10ml 89. Vitamina FF 10ml 90. Vitamina GG 10ml 91. Vitamina HH 10ml 92. Vitamina II 10ml 93. Vitamina JJ 10ml 94. Vitamina KK 10ml 95. Vitamina LL 10ml 96. Vitamina MM 10ml 97. Vitamina NN 10ml 98. Vitamina OO 10ml 99. Vitamina PP 10ml 100. Vitamina QQ 10ml 101. Vitamina RR 10ml 102. Vitamina SS 10ml 103. Vitamina TT 10ml 104. Vitamina UU 10ml 105. Vitamina VV 10ml 106. Vitamina WW 10ml 107. Vitamina XX 10ml 108. Vitamina YY 10ml 109. Vitamina ZZ 10ml 110. Vitamina AA 10ml 111. Vitamina BB 10ml 112. Vitamina CC 10ml 113. Vitamina DD 10ml 114. Vitamina EE 10ml 115. Vitamina FF 10ml 116. Vitamina GG 10ml 117. Vitamina HH 10ml 118. Vitamina II 10ml 119. Vitamina JJ 10ml 120. Vitamina KK 10ml 121. Vitamina LL 10ml 122. Vitamina MM 10ml 123. Vitamina NN 10ml 124. Vitamina OO 10ml 125. Vitamina PP 10ml 126. Vitamina QQ 10ml 127. Vitamina RR 10ml 128. Vitamina SS 10ml 129. Vitamina TT 10ml 130. Vitamina UU 10ml 131. Vitamina VV 10ml 132. Vitamina WW 10ml 133. Vitamina XX 10ml 134. Vitamina YY 10ml 135. Vitamina ZZ 10ml 136. Vitamina AA 10ml 137. Vitamina BB 10ml 138. Vitamina CC 10ml 139. Vitamina DD 10ml 140. Vitamina EE 10ml 141. Vitamina FF 10ml 142. Vitamina GG 10ml 143. Vitamina HH 10ml 144. Vitamina II 10ml 145. Vitamina JJ 10ml 146. Vitamina KK 10ml 147. Vitamina LL 10ml 148. Vitamina MM 10ml 149. Vitamina NN 10ml 150. Vitamina OO 10ml 151. Vitamina PP 10ml 152. Vitamina QQ 10ml 153. Vitamina RR 10ml 154. Vitamina SS 10ml 155. Vitamina TT 10ml 156. Vitamina UU 10ml 157. Vitamina VV 10ml 158. Vitamina WW 10ml 159. Vitamina XX 10ml 160. Vitamina YY 10ml 161. Vitamina ZZ 10ml 162. Vitamina AA 10ml 163. Vitamina BB 10ml 164. Vitamina CC 10ml 165. Vitamina DD 10ml 166. Vitamina EE 10ml 167. Vitamina FF 10ml 168. Vitamina GG 10ml 169. Vitamina HH 10ml 170. Vitamina II 10ml 171. Vitamina JJ 10ml 172. Vitamina KK 10ml 173. Vitamina LL 10ml 174. Vitamina MM 10ml 175. Vitamina NN 10ml 176. Vitamina OO 10ml 177. Vitamina PP 10ml 178. Vitamina QQ 10ml 179. Vitamina RR 10ml 180. Vitamina SS 10ml 181. Vitamina TT 10ml 182. Vitamina UU 10ml 183. Vitamina VV 10ml 184. Vitamina WW 10ml 185. Vitamina XX 10ml 186. Vitamina YY 10ml 187. Vitamina ZZ 10ml 188. Vitamina AA 10ml 189. Vitamina BB 10ml 190. Vitamina CC 10ml 191. Vitamina DD 10ml 192. Vitamina EE 10ml 193. Vitamina FF 10ml 194. Vitamina GG 10ml 195. Vitamina HH 10ml 196. Vitamina II 10ml 197. Vitamina JJ 10ml 198. Vitamina KK 10ml 199. Vitamina LL 10ml 200. Vitamina MM 10ml 201. Vitamina NN 10ml 202. Vitamina OO 10ml 203. Vitamina PP 10ml 204. Vitamina QQ 10ml 205. Vitamina RR 10ml 206. Vitamina SS 10ml 207. Vitamina TT 10ml 208. Vitamina UU 10ml 209. Vitamina VV 10ml 210. Vitamina WW 10ml 211. Vitamina XX 10ml 212. Vitamina YY 10ml 213. Vitamina ZZ 10ml 214. Vitamina AA 10ml 215. Vitamina BB 10ml 216. Vitamina CC 10ml 217. Vitamina DD 10ml 218. Vitamina EE 10ml 219. Vitamina FF 10ml 220. Vitamina GG 10ml 221. Vitamina HH 10ml 222. Vitamina II 10ml 223. Vitamina JJ 10ml 224. Vitamina KK 10ml 225. Vitamina LL 10ml 226. Vitamina MM 10ml 227. Vitamina NN 10ml 228. Vitamina OO 10ml 229. Vitamina PP 10ml 230. Vitamina QQ 10ml 231. Vitamina RR 10ml 232. Vitamina SS 10ml 233. Vitamina TT 10ml 234. Vitamina UU 10ml 235. Vitamina VV 10ml 236. Vitamina WW 10ml 237. Vitamina XX 10ml 238. Vitamina YY 10ml 239. Vitamina ZZ 10ml 240. Vitamina AA 10ml 241. Vitamina BB 10ml 242. Vitamina CC 10ml 243. Vitamina DD 10ml 244. Vitamina EE 10ml 245. Vitamina FF 10ml 246. Vitamina GG 10ml 247. Vitamina HH 10ml 248. Vitamina II 10ml 249. Vitamina JJ 10ml 250. Vitamina KK 10ml 251. Vitamina LL 10ml 252. Vitamina MM 10ml 253. Vitamina NN 10ml 254. Vitamina OO 10ml 255. Vitamina PP 10ml 256. Vitamina QQ 10ml 257. Vitamina RR 10ml 258. Vitamina SS 10ml 259. Vitamina TT 10ml 260. Vitamina UU 10ml 261. Vitamina VV 10ml 262. Vitamina WW 10ml 263. Vitamina XX 10ml 264. Vitamina YY 10ml 265. Vitamina ZZ 10ml 266. Vitamina AA 10ml 267. Vitamina BB 10ml 268. Vitamina CC 10ml 269. Vitamina DD 10ml 270. Vitamina EE 10ml 271. Vitamina FF 10ml 272. Vitamina GG 10ml 273. Vitamina HH 10ml 274. Vitamina II 10ml 275. Vitamina JJ 10ml 276. Vitamina KK 10ml 277. Vitamina LL 10ml 278. Vitamina MM 10ml 279. Vitamina NN 10ml 280. Vitamina OO 10ml 281. Vitamina PP 10ml 282. Vitamina QQ 10ml 283. Vitamina RR 10ml 284. Vitamina SS 10ml 285. Vitamina TT 10ml 286. Vitamina UU 10ml 287. Vitamina VV 10ml 288. Vitamina WW 10ml 289. Vitamina XX 10ml 290. Vitamina YY 10ml 291. Vitamina ZZ 10ml 292. Vitamina AA 10ml 293. Vitamina BB 10ml 294. Vitamina CC 10ml 295. Vitamina DD 10ml 296. Vitamina EE 10ml 297. Vitamina FF 10ml 298. Vitamina GG 10ml 299. Vitamina HH 10ml 300. Vitamina II 10ml 301. Vitamina JJ 10ml 302. Vitamina KK 10ml 303. Vitamina LL 10ml 304. Vitamina MM 10ml 305. Vitamina NN 10ml 306. Vitamina OO 10ml 307. Vitamina PP 10ml 308. Vitamina QQ 10ml 309. Vitamina RR 10ml 310. Vitamina SS 10ml 311. Vitamina TT 10ml 312. Vitamina UU 10ml 313. Vitamina VV 10ml 314. Vitamina WW 10ml 315. Vitamina XX 10ml 316. Vitamina YY 10ml 317. Vitamina ZZ 10ml 318. Vitamina AA 10ml 319. Vitamina BB 10ml 320. Vitamina CC 10ml 321. Vitamina DD 10ml 322. Vitamina EE 10ml 323. Vitamina FF 10ml 324. Vitamina GG 10ml 325. Vitamina HH 10ml 326. Vitamina II 10ml 327. Vitamina JJ 10ml 328. Vitamina KK 10ml 329. Vitamina LL 10ml 330. Vitamina MM 10ml 331. Vitamina NN 10ml 332. Vitamina OO 10ml 333. Vitamina PP 10ml 334. Vitamina QQ 10ml 335. Vitamina RR 10ml 336. Vitamina SS 10ml 337. Vitamina TT 10ml 338. Vitamina UU 10ml 339. Vitamina VV 10ml 340. Vitamina WW 10ml 341. Vitamina XX 10ml 342. Vitamina YY 10ml 343. Vitamina ZZ 10ml 344. Vitamina AA 10ml 345. Vitamina BB 10ml 346. Vitamina CC 10ml 347. Vitamina DD 10ml 348. Vitamina EE 10ml 349. Vitamina FF 10ml 350. Vitamina GG 10ml 351. Vitamina HH 10ml 352. Vitamina II 10ml 353. Vitamina JJ 10ml 354. Vitamina KK 10ml 355. Vitamina LL 10ml 356. Vitamina MM 10ml 357. Vitamina NN 10ml 358. Vitamina OO 10ml 359. Vitamina PP 10ml 360. Vitamina QQ 10ml 361. Vitamina RR 10ml 362. Vitamina SS 10ml 363. Vitamina TT 10ml 364. Vitamina UU 10ml 365. Vitamina VV 10ml 366. Vitamina WW 10ml 367. Vitamina XX 10ml 368. Vitamina YY 10ml 369. Vitamina ZZ 10ml 370. Vitamina AA 10ml 371. Vitamina BB 10ml 372. Vitamina CC 10ml 373. Vitamina DD 10ml 374. Vitamina EE 10ml 375. Vitamina FF 10ml 376. Vitamina GG 10ml 377. Vitamina HH 10ml 378. Vitamina II 10ml 379. Vitamina JJ 10ml 380. Vitamina KK 10ml 381. Vitamina LL 10ml 382. Vitamina MM 10ml 383. Vitamina NN 10ml 384. Vitamina OO 10ml 385. Vitamina PP 10ml 386. Vitamina QQ 10ml 387. Vitamina RR 10ml 388. Vitamina SS 10ml 389. Vitamina TT 10ml 390. Vitamina UU 10ml 391. Vitamina VV 10ml 392. Vitamina WW 10ml 393. Vitamina XX 10ml 394. Vitamina YY 10ml 395. Vitamina ZZ 10ml 396. Vitamina AA 10ml 397. Vitamina BB 10ml 398. Vitamina CC 10ml 399. Vitamina DD 10ml 400. Vitamina EE 10ml 401. Vitamina FF 10ml 402. Vitamina GG 10ml 403. Vitamina HH 10ml 404. Vitamina II 10ml 405. Vitamina JJ 10ml 406. Vitamina KK 10ml 407. Vitamina LL 10ml 408. Vitamina MM 10ml 409. Vitamina NN 10ml 410. Vitamina OO 10ml 411. Vitamina PP 10ml 412. Vitamina QQ 10ml 413. Vitamina RR 10ml 414. Vitamina SS 10ml 415. Vitamina TT 10ml 416. Vitamina UU 10ml 417. Vitamina VV 10ml 418. Vitamina WW 10ml 419. Vitamina XX 10ml 420. Vitamina YY 10ml 421. Vitamina ZZ 10ml 422. Vitamina AA 10ml 423. Vitamina BB 10ml 424. Vitamina CC 10ml 425. Vitamina DD 10ml 426. Vitamina EE 10ml 427. Vitamina FF 10ml 428. Vitamina GG 10ml 429. Vitamina HH 10ml 430. Vitamina II 10ml 431. Vitamina JJ 10ml 432. Vitamina KK 10ml 433. Vitamina LL 10ml 434. Vitamina MM 10ml 435. Vitamina NN 10ml 436. Vitamina OO 10ml 437. Vitamina PP 10ml 438. Vitamina QQ 10ml 439. Vitamina RR 10ml 440. Vitamina SS 10ml 441. Vitamina TT 10ml 442. Vitamina UU 10ml 443. Vitamina VV 10ml 444. Vitamina WW 10ml 445. Vitamina XX 10ml 446. Vitamina YY 10ml 447. Vitamina ZZ 10ml 448. Vitamina AA 10ml 449. Vitamina BB 10ml 450. Vitamina CC 10ml 451. Vitamina DD 10ml 452. Vitamina EE 10ml 453. Vitamina FF 10ml 454. Vitamina GG 10ml 455. Vitamina HH 10ml 456. Vitamina II 10ml 457. Vitamina JJ 10ml 458. Vitamina KK 10ml 459. Vitamina LL 10ml 460. Vitamina MM 10ml 461. Vitamina NN 10ml 462. Vitamina OO 10ml 463. Vitamina PP 10ml 464. Vitamina QQ 10ml 465. Vitamina RR 10ml 466. Vitamina SS 10ml 467. Vitamina TT 10ml 468. Vitamina UU 10ml 469. Vitamina VV 10ml 470. Vitamina WW 10ml 471. Vitamina XX 10ml 472. Vitamina YY 10ml 473. Vitamina ZZ 10ml 474. Vitamina AA 10ml 475. Vitamina BB 10ml 476. Vitamina CC 10ml 477. Vitamina DD 10ml 478. Vitamina EE 10ml 479. Vitamina FF 10ml 480. Vitamina GG 10ml 481. Vitamina HH 10ml 482. Vitamina II 10ml 483. Vitamina JJ 10ml 484. Vitamina KK 10ml 485. Vitamina LL 10ml 486. Vitamina MM 10ml 487. Vitamina NN 10ml 488. Vitamina OO 10ml 489. Vitamina PP 10ml 490. Vitamina QQ 10ml 491. Vitamina RR 10ml 492. Vitamina SS 10ml 493. Vitamina TT 10ml 494. Vitamina UU 10ml 495. Vitamina VV 10ml 496. Vitamina WW 10ml 497. Vitamina XX 10ml 498. Vitamina YY 10ml 499. Vitamina ZZ 10ml 500. Vitamina AA 10ml 501. Vitamina BB 10ml 502. Vitamina CC 10ml 503. Vitamina DD 10ml 504. Vitamina EE 10ml 505. Vitamina FF 10ml 506. Vitamina GG 10ml 507. Vitamina HH 10ml 508. Vitamina II 10ml 509. Vitamina JJ 10ml 510. Vitamina KK 10ml 511. Vitamina LL 10ml 512. Vitamina MM 10ml 513. Vitamina NN 10ml 514. Vitamina OO 10ml 515. Vitamina PP 10ml 516. Vitamina QQ 10ml 517. Vitamina RR 10ml 518. Vitamina SS 10ml 519. Vitamina TT 10ml 520. Vitamina UU 10ml 521. Vitamina VV 10ml 522. Vitamina WW 10ml 523. Vitamina XX 10ml 524. Vitamina YY 10ml 525. Vitamina ZZ 10ml 526. Vitamina AA 10ml 527. Vitamina BB 10ml 528. Vitamina CC 10ml 529. Vitamina DD 10ml 530. Vitamina EE 10ml 531. Vitamina FF 10ml 532. Vitamina GG 10ml 533. Vitamina HH 10ml 534. Vitamina II 10ml 535. Vitamina JJ 10ml 536. Vitamina KK 10ml 537. Vitamina LL 10ml 538. Vitamina MM 10ml 539. Vitamina NN 10ml 540. Vitamina OO 10ml 541. Vitamina PP 10ml 542. Vitamina QQ 10ml 543. Vitamina RR 10ml 544. Vitamina SS 10ml 545. Vitamina TT 10ml 546. Vitamina UU 10ml 547. Vitamina VV 10ml 548. Vitamina WW 10ml 549. Vitamina XX 10ml 550. Vitamina YY 10ml 551. Vitamina ZZ 10ml 552. Vitamina AA 10ml 553. Vitamina BB 10ml 554. Vitamina CC 10ml 555. Vitamina DD 10ml 556. Vitamina EE 10ml 557. Vitamina FF 10ml 558. Vitamina GG 10ml 559. Vitamina HH 10ml 560. Vitamina II 10ml 561. Vitamina JJ 10ml 562. Vitamina KK 10ml 563. Vitamina LL 10ml 564. Vitamina MM 10ml 565. Vitamina NN 10ml 566. Vitamina OO 10ml 567. Vitamina PP 10ml 568. Vitamina QQ 10ml 569. Vitamina RR 10ml 570. Vitamina SS 10ml 571. Vitamina TT 10ml 572. Vitamina UU 10ml 573. Vitamina VV 10ml 574. Vitamina WW 10ml 575. Vitamina XX 10ml 576. Vitamina YY 10ml 577. Vitamina ZZ 10ml 578. Vitamina AA 10ml 579. Vitamina BB 10ml 580. Vitamina CC 10ml 581. Vitamina DD 10ml 582. Vitamina EE 10ml 583. Vitamina FF 10ml 584. Vitamina GG 10ml 585. Vitamina HH 10ml 586. Vitamina II 10ml 587. Vitamina JJ 10ml 588. Vitamina KK 10ml 589. Vitamina LL 10ml 590. Vitamina MM 10ml 591. Vitamina NN 10ml 592. Vitamina OO 10ml 593. Vitamina PP 10ml 594. Vitamina QQ 10ml 595. Vitamina RR 10ml 596. Vitamina SS 10ml 597. Vitamina TT 10ml 598. Vitamina UU 10ml 599. Vitamina VV 10ml 600. Vitamina WW 10ml 601. Vitamina XX 10ml 602. Vitamina YY 10ml 603. Vitamina ZZ 10ml 604. Vitamina AA 10ml 605. Vitamina BB 10ml 606. Vitamina CC 10ml 607. Vitamina DD 10ml 608. Vitamina EE 10ml 609. Vitamina FF 10ml 610. Vitamina GG 10ml 611. Vitamina HH 10ml 612. Vitamina II 10ml 613. Vitamina JJ 10ml 614. Vitamina KK 10ml 615. Vitamina LL 10ml 616. Vitamina MM 10ml 617. Vitamina NN 10ml 618. Vitamina OO 10ml 619. Vitamina PP 10ml 620. Vitamina QQ 10ml 621. Vitamina RR 10ml 622. Vitamina SS 10ml 623. Vitamina TT 10ml 624. Vitamina UU 10ml 625. Vitamina VV 10ml 626. Vitamina WW 10ml 627. Vitamina XX 10ml 628. Vitamina YY 10ml 629. Vitamina ZZ 10ml 630. Vitamina AA 10ml 631. Vitamina BB 10ml 632. Vitamina CC 10ml 633. Vitamina DD 10ml 634. Vitamina EE 10ml 635. Vitamina FF 10ml 636. Vitamina GG 10ml 637. Vitamina HH 10ml 638. Vitamina II 10ml 639. Vitamina JJ 10ml 640. Vitamina KK 10ml 641. Vitamina LL 10ml 642. Vitamina MM 10ml 643. Vitamina NN 10ml 644. Vitamina OO 10ml 645. Vitamina PP 10ml 646. Vitamina QQ 10ml 647. Vitamina RR 10ml 648. Vitamina SS 10ml 649. Vitamina TT 10ml 650. Vitamina UU 10ml 651. Vitamina VV 10ml 652. Vitamina WW 10ml 653. Vitamina XX 10ml 654. Vitamina YY 10ml 655. Vitamina ZZ 10ml 656. Vitamina AA 10ml 657. Vitamina BB 10ml 658. Vitamina CC 10ml 659. Vitamina DD 10ml 660. Vitamina EE 10ml 661. Vitamina FF 10ml 662. Vitamina GG 10ml 663. Vitamina HH 10ml 664. Vitamina II 10ml 665. Vitamina JJ 10ml 666. Vitamina KK 10ml 667. Vitamina LL 10ml 668. Vitamina MM 10ml 669. Vitamina NN 10ml 670. Vitamina OO 10ml 671. Vitamina PP 10ml 672. Vitamina QQ 10ml 673. Vitamina RR 10ml 674. Vitamina SS 10ml 675. Vitamina TT 10ml 676. Vitamina UU 10ml 677. Vitamina VV 10ml 678. Vitamina WW 10ml 679. Vitamina XX 10ml 680. Vitamina YY 10ml 681. Vitamina ZZ 10ml 682. Vitamina AA 10ml 683. Vitamina BB 10ml 684. Vitamina CC 10ml 685. Vitamina DD 10ml 686. Vitamina EE 10ml 687. Vitamina FF 10ml 688. Vitamina GG 10ml 689. Vitamina HH 10ml 690. Vitamina II 10ml 691. Vitamina JJ 10ml 692. Vitamina KK 10ml 693. Vitamina LL 10ml 694. Vitamina MM 10ml 695. Vitamina NN 10ml 696. Vitamina OO 10ml 697. Vitamina PP 10ml 698. Vitamina QQ 10ml 699. Vitamina RR 10ml 700. Vitamina SS 10ml 701. Vitamina TT 10ml 702. Vitamina UU 10ml 703. Vitamina VV 10ml 704. Vitamina WW 10ml 705. Vitamina XX 10ml 706. Vitamina YY 10ml 707. Vitamina ZZ 10ml 708. Vitamina AA 10ml 709. Vitamina BB 10ml 710. Vitamina CC 10ml 711. Vitamina DD 10ml 712. Vitamina EE 10ml 713. Vitamina FF 10ml 714. Vitamina GG 10ml 715. Vitamina HH 10ml 716. Vitamina II 10ml 717. Vitamina JJ 10ml 718. Vitamina KK 10ml 719. Vitamina LL 10ml 720. Vitamina MM 10ml 721. Vitamina NN 10ml 722. Vitamina OO 10ml 723. Vitamina PP 10ml 724. Vitamina QQ 10ml 725. Vitamina RR 10ml 726. Vitamina SS 10ml 727. Vitamina TT 10ml 728. Vitamina UU 10ml 729. Vitamina VV 10ml 730. Vitamina WW 10ml 731. Vitamina XX 10ml 732. Vitamina YY 10ml 733. Vitamina ZZ 10ml 734. Vitamina AA 10ml 735. Vitamina BB 10ml 736. Vitamina CC 10ml 737. Vitamina DD 10ml 738. Vitamina EE 10ml 739. Vitamina FF 10ml 740. Vitamina GG 10ml 741. Vitamina HH 10ml 742. Vitamina II 10ml 743. Vitamina JJ 10ml 744. Vitamina KK 10ml 745. Vitamina LL 10ml 746. Vitamina MM 10ml 747. Vitamina NN 10ml 748. Vitamina OO 10ml 749. Vitamina PP 10ml 750. Vitamina QQ 10ml 751. Vitamina RR 10ml 752. Vitamina SS 10ml 753. Vitamina TT 10ml 754. Vitamina UU 10ml 755. Vitamina VV 10ml 756. Vitamina WW 10ml 757. Vitamina XX 10ml 758. Vitamina YY 10ml 759. Vitamina ZZ 10ml 760. Vitamina AA 10ml 761. Vitamina BB 10ml 762. Vitamina CC 10ml 763. Vitamina DD 10ml 764. Vitamina EE 10ml 765. Vitamina FF 10ml 766. Vitamina GG 10ml 767. Vitamina HH 10ml 768. Vitamina II 10ml 769. Vitamina JJ 10ml 770. Vitamina KK 10ml 771. Vitamina LL 10ml 772. Vitamina MM 10ml 773. Vitamina NN 10ml 774. Vitamina OO 10ml 775. Vitamina PP 10ml 776. Vitamina QQ 10ml 777. Vitamina RR 10ml 778. Vitamina SS 10ml 779. Vitamina TT 10ml 780. Vitamina UU 10ml 781. Vitamina VV 10ml 782. Vitamina WW 10ml 783. Vitamina XX 10ml 784. Vitamina YY 10ml 785. Vitamina ZZ 10ml 786. Vitamina AA 10ml 787. Vitamina BB 10ml 788. Vitamina CC 10ml 789. Vitamina DD 10ml 790. Vitamina EE 10ml 791. Vitamina FF 10ml 792. Vitamina GG 10ml 793. Vitamina HH 10ml 794. Vitamina II 10ml 795. Vitamina JJ 10ml 796. Vitamina KK 10ml 797. Vitamina LL 10ml 798. Vitamina MM 10ml 799. Vitamina NN 10ml 800. Vitamina OO 10ml 801. Vitamina PP 10ml 802. Vitamina QQ 10ml 803. Vitamina RR 10ml 804. Vitamina SS 10ml 805. Vitamina TT 10ml 806. Vitamina UU 10ml 807. Vitamina VV 10ml 808. Vitamina WW 10ml 809. Vitamina XX 10ml 810. Vitamina YY 10ml 811. Vitamina ZZ 10ml 812. Vitamina AA 10ml 813. Vitamina BB 10ml 814. Vitamina CC 10ml 815. Vitamina DD 10ml 816. Vitamina EE 10ml 817. Vitamina FF 10ml 818. Vitamina GG 10ml 819. Vitamina HH 10ml 820. Vitamina II 10ml 821. Vitamina JJ 10ml 822. Vitamina KK 10ml 823. Vitamina LL 10ml 824. Vitamina MM 10ml 825. Vitamina NN 10ml 826. Vitamina OO 10ml 827. Vitamina PP 10ml 828. Vitamina QQ 10ml 829. Vitamina RR 10ml 830. Vitamina SS 10ml 831. Vitamina TT 10ml 832. Vitamina UU 10ml 833. Vitamina VV 10ml 834. Vitamina WW 10ml 835. Vitamina XX 10ml 836. Vitamina YY 10ml 837. Vitamina ZZ 10ml 838. Vitamina AA 10ml 839. Vitamina BB 10ml 840. Vitamina CC 10ml 841. Vitamina DD 10ml 842. Vitamina EE 10ml 843. Vitamina FF 10ml 844. Vitamina GG 10ml 845. Vitamina HH 10ml 846. Vitamina II 10ml 847. Vitamina JJ 10ml 848. Vitamina KK 10ml 849. Vitamina LL 10ml 850. Vitamina MM 10ml 851. Vitamina NN 10ml 852. Vitamina OO 10ml 853. Vitamina PP 10ml 854. Vitamina QQ 10ml 855. Vitamina RR 10ml 856. Vitamina SS 10ml 857. Vitamina TT 10ml 858. Vitamina UU 10ml 859. Vitamina VV 10ml 860. Vitamina WW 10ml 861. Vitamina XX 10ml 862. Vitamina YY 10ml 863. Vitamina ZZ 10ml 864. Vitamina AA 10ml 865. Vitamina BB 10ml 866. Vitamina CC 10ml 867. Vitamina DD 10ml 868. Vitamina EE 10ml 869. Vitamina FF 10ml 870. Vitamina GG 10ml 871. Vitamina HH 10ml 872. Vitamina II 10ml 873. Vitamina JJ 10ml 874. Vitamina KK 10ml 875. Vitamina LL 10ml 876. Vitamina MM 10ml 877. Vitamina NN 10ml 878. Vitamina OO 10ml 879. Vitamina PP 10ml 880. Vitamina QQ 10ml 881. Vitamina RR 10ml 882. Vitamina SS 10ml 883. Vitamina TT 10ml 884. Vitamina UU 10ml 885. Vitamina VV 10ml 886. Vitamina WW 10ml 887. Vitamina XX 10ml 888. Vitamina YY 10ml 889. Vitamina ZZ 10ml 890. Vitamina AA 10ml 891. Vitamina BB 10ml 892. Vitamina CC 10ml 893. Vitamina DD 10ml 894. Vitamina EE 10ml 895. Vitamina FF 10ml 896. Vitamina GG 10ml 897. Vitamina HH 10ml 898. Vitamina II 10ml 899. Vitamina JJ 10ml 900. Vitamina KK 10ml 901. Vitamina LL 10ml 902. Vitamina MM 10ml 903. Vitamina NN 10ml 904. Vitamina OO 10ml 905. Vitamina PP 10ml 906. Vitamina QQ 10ml 907. Vitamina RR 10ml 908. Vitamina SS 10ml 909. Vitamina TT 10ml 910. Vitamina UU 10ml 911. Vitamina VV 10ml 912. Vitamina WW 10ml 913. Vitamina XX 10ml 914. Vitamina YY 10ml 915. Vitamina ZZ 10ml 916. Vitamina AA 10ml 917. Vitamina BB 10ml 918. Vitamina CC 10ml 919. Vitamina DD 10ml 920. Vitamina EE 10ml 921. Vitamina FF 10ml 922. Vitamina GG 10ml 923. Vitamina HH 10ml 924. Vitamina II 10ml 925. Vitamina JJ 10ml 926. Vitamina KK 10ml 927. Vitamina LL 10ml 928. Vitamina MM 10ml 929. Vitamina NN 10ml 930. Vitamina OO 10ml 931. Vitamina PP 10ml 932. Vitamina QQ 10ml 933. Vitamina RR 10ml 9						



[illegible]



[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - PE Nº 0142047466748
CERTIFICADO DO REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 044002530
CATEGORIA: 02
DATA: 17/07/2013

ONATAS AUGUSTO LOPES

S C CAPTANES PE

053.002.544-40

0230020800126

PAZ / MOTONETA

MONDA / BIE 125 ES

22/12/2013

17/07/2013

0230020800126

053.002.544-40

0230020800126

053.002.544-40

053.002.544-40

053.002.544-40

053.002.544-40

053.002.544-40

053.002.544-40

053.002.544-40

053.002.544-40

REENTRADA

REENTRADA

LEI Nº 11.204/2005
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS PARTES A PESSOAS
TRANSFÉRIS DO BRASIL - SEGURO DPVAT

PE Nº 0142047466748 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ONATAS AUGUSTO LOPES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoradepvat.com.br

SAC DPVAT 800 022 1204

S C CAPTANES PE

053.002.544-40

0230020800126

PAZ / MOTONETA

MONDA / BIE 125 ES

22/12/2013

17/07/2013

0230020800126

053.002.544-40

0230020800126

053.002.544-40

053.002.544-40

053.002.544-40

053.002.544-40

053.002.544-40

053.002.544-40

053.002.544-40

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - PE Nº 0142047466748
CERTIFICADO DO REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 044002530
CATEGORIA: 01
DATA: 17/04/2013

ONATAS AUGUSTO LOPES

S C CAPTANES-PE

053.002.544-40

00230020800126

PAZ / MOTORISTA

MONDA / B15 125 25

22/12/2013

17/04/2013

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

ENTRADA

ENTRADA

LEI DO REGISTRO DE VEÍCULOS E LICENCIAMENTO
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CATEGORIAS
TRANSFORMAÇÃO EM OUTRO - SECURDPAT

PE Nº 0142047466748 BILHETE DE SECURDPAT

ONATAS AUGUSTO LOPES

ESTE É O SEU BILHETE DO SECURDPAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraliber.com.br

SAC DEPAT Nº 021 1204

S C CAPTANES-PE

053.002.544-40

00230020800126

MONDA / B15 125 25

22/12/2013

17/04/2013

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

00230020800126

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037653/20

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

CPF: 113.809.704-74

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

CPF de: Próprio

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

Data da apresentação: 27/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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



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 PROCURADOR 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 PROKURADOR

TSEISSO: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
At. T.º 8.290.667 SDS/PE - C.º 113.809.704-74
Rua Severino Pinheiro Sobrinho, Nº 33, Bela Vista, Santa Cruz do Capibaribe - PE

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 (uma) de: (1) JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS, Dou. Es. Santa Cruz do Capibaribe, 23/01/2020, 15:02. - Total: 5,00. Em Testemunho da verdade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037653/20

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

CPF: 113.809.704-74

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

CPF de: Próprio

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

Data da apresentação: 27/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037653/20

Número do Sinistro: 3200045071

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

CPF: 113.809.704-74

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 05/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

Data da apresentação: 31/01/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067879/20

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

CPF: 113.809.704-74

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

CPF de: Próprio

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

Data da apresentação: 19/02/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

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

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



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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do direito ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

113.809.304-74 JOSE 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

5 - Nome completo:

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

6 - CPF:

113.809.304-74

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:

☒ REQUISO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A 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 POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1038

CONTA:

25 834

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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 do 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Graude 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 netos (vivos/falecidos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

x por Eduardo de Lima Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 25 834 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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)

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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do direito ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

113.809.304-74 JOSE 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

5 - Nome completo:

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

6 - CPF:

113.809.304-74

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:

☒ REQUISO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1038

CONTA:

25 834

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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 do 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Graude 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:

30 - Vítima deixou herdeiros (valores)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

x por Eduardo de Lima Santos

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 DINTER1/17ª DESEC

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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/8/2019** às **12:00**

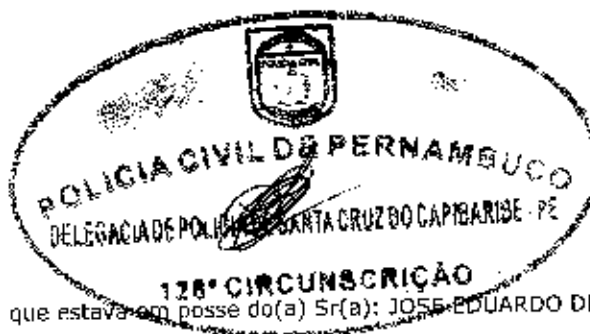
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PE-160, NAS IMEDIAÇÕES DE ADOLFO PEÇAS, - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
JONATAS ARAGÃO LOPES (OUTRO)
JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 991406476

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO 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: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PÚBLICA - 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: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO 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: **HGR0507** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **944082580** Chassi: **9C2JA04208R018126**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

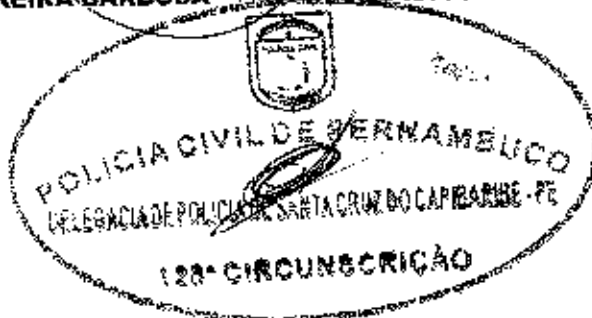
Complemento / Observação

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 CAMINHÃO, 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

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

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





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

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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/8/2019** às **12:00**

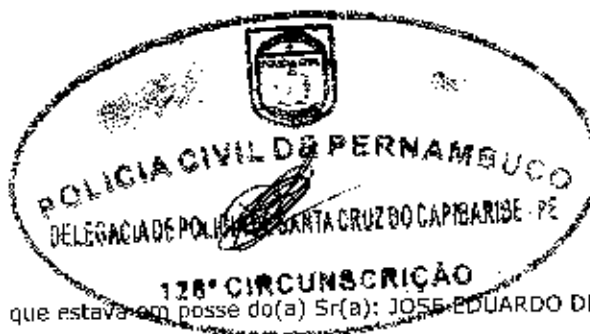
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PE-160, NAS IMEDIAÇÕES DE ADOLFO PEÇAS, - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 991406476

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO 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: **MUNICÍPIO 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: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO 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: **HGR0507** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **944082580** Chassi: **9C2JA04208R018126**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

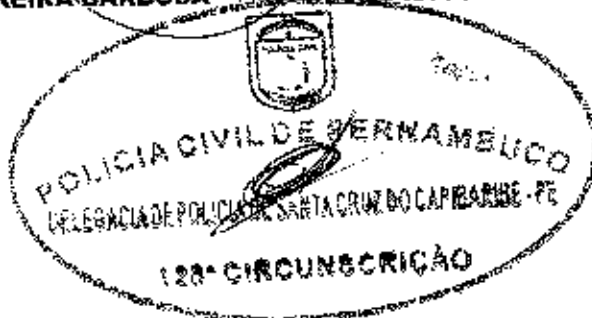
Complemento / Observação

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 CAMINHÃO, 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

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do direito ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

113.809.304-74 JOSE 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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

113.809.304-74

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

PE

55.195-623

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:

☒ REQUISO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1038

CONTA:

25 834

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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 do 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Graude 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:

30 - Vítima deixou herdeiros (valores)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

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 por Eduardo de Lima Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do direito ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

113.809.304-74 JOSE 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

5 - Nome completo:

JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

6 - CPF:

113.809.304-74

7 - Profissão:

R. INF.

8 - Endereço:

RUA SEVERINO P. SOBRINHO

9 - Número:

33

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

DELA 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:

☒ REQUISITO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A 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 POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1038

CONTA:

25 834

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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 do 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Graude 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou netos (vivos/falecidos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

x por Eduardo de Lima Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)