



Número: **0023200-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65145281	23/07/2020 11:59	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-002
CNPJ 16.334.932/0001-02. Tel.: 3006.881-83. Fax: 3006.881-83

137028 20 04/5/75

$$\lim_{n \rightarrow \infty} \frac{1}{n} \log \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \frac{1}{\lambda_i} = \frac{1}{2} \log \frac{1}{2} + \frac{1}{2} \log \frac{1}{2} = \frac{1}{2} \log \frac{1}{2}.$$

0.2 0.5 1.0 1.5

CEAS/2023/0000
H1 RES/2023/0000
E4/10/1/2023/0000
Version 1.0

EXAMEN DE LA UNIDAD DE CONSUMIDORA
CADA VEZ QUE SE PAGA EN UN COMERCIO
SE DEBE HACER UN RECIBO

BEI A VISTA SANTA CRUZ DO CAJARI
CONTADOR CARLOS ROBERTO
55.052-2

2454749017 01/2020

10/02/2020 14/02/2020

218

[illegible]
$$[0, \infty) \times [0, \infty) \times [0, \infty)$$

Nº DO MEMORIAL	JORNADA PROMOÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DO GRUPO	CONSTANTE	ANEXO	CONSELHO DE PARECERES
	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	%		
01.08.67	1967-1968	1967-1968	1967-1968	1967-1968	100%		100%

[illegible][illegible][illegible]

DONIA CONTRATO	MENSAJES	DATOS DE VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR (RS)
045-4-01	045-083	10/02/2010	

24845





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. Jota de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-48 | Insc. Est. 0008943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ROSEMIRO ALVES RICHAS

CPF 845 234 444-04

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

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

070664121	UNICA	09/10/2019
08/10/2019	2011168008	3479002

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

Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Muni. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 072300634-DE/2019

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
69,0000000	0,81069552	47,80
		0,80
		2,62
		2,37
		0,80

TOTAL DA FATURA

53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO E NOTA FISCAL								
IP DC	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
MEGIDOR	FUNÇÃO	DATA	DATA	DIAS				
3180287771	CAT	05/09/2019	08/10/2019	32	1,0000		69,00	
		LEITURA	LEITURA					
		252,00	311,00					

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Scanned by CamScanner





Fonte: *Sociedade de Energia Elétrica*; Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02.

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-002
CNPJ 16.731.932/0001-02 Tel. Fax 0085381.93 / www.cenpe.com.br

137028 20 04/5/75

2024年11月11日

0.2 0.4 0.6

CLASSIFICATION
H1 RESCUE KIT
E414 H10100 CHINA
Version 1.1

EXAMEN DE LA UNIDAD 10: EL MUNDO DE LA
COMUNICACIÓN Y LA CULTURA
1. ¿Qué es la comunicación? ¿Qué es la cultura?

BE LA VISTA SANTA CRUZ DO CAMPAZ
CONTACIÃO LUIZ CARLOS DE
35/05/2009

2454749017 01/2020

10/02/2020 14/02/2020

218

[illegible]
$$[0, \infty) \cup (-\infty, 0] = \mathbb{R}$$

Nº DE		ANTERIOR		ATUAL		CONSTANTE		Nº DE	
ANEXO	PURGO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE	CONSTANTE	Nº DE	CONSTANTE
01.0002	001	10/01/00	000000	10/01/00	000000	000000	000000	000000	000000

[illegible][illegible][illegible]

CONTRATO	NUMERO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
34-493-1	12-2003	10/01/2004	12.000,00

2484





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. Jofre de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-48 | Insc. Est. 0008943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ROSEMIRO ALVES RICHAS

CPF 845 234 444-04

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

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

078664121 UNICA 09/10/2019
08/10/2019 2011188008 3479002

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

Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Muni. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 072300654-DE/2019

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
69,00000000	0,81069552	47,80
		0,80
		2,82
		2,37
		0,80

TOTAL DA FATURA

53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO E NOTA FISCAL								
IP DC	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
MEGIDOR	FUNÇÃO	DATA	DATA	DIAS				
3180287771	CAT	05/09/2018	08/10/2019	32	1,0000		69,00	
		LEITURA	LEITURA					
		252,00	311,00					

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/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 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Spé Eduardo de L. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.809.704 / 34, 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 Rosemire Alves da Rocha</u>		Número <u>3</u>	Complemento <u>casa</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>9-91613902</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

Y001/2017



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/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 S. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.809.704 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Spé Eduardo de S. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.809.704 / 34, 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 Rosemire Alves da Rocha</u>		Número <u>3</u>	Complemento <u>casa</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>9-91613902</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

Y001/2017





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

DECLARAÇÃO

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

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

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 16 DE DEZEMBRO 2019



MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

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





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




DECLARAÇÃO

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

Santa Cruz do Capibaribe, 20 de JANEIRO de 2020.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24h@capibaribe.gov.br



FICHA DE ATENDIMENTO

Usuário e/ou data de atendimento:

19.56

UPA
24h

RECEPCIONISTA: A. G. G. G. Data: 05/08/19 Hora: 19:15 min
Nome: João Roberto de Jesus Costa Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: _____ Nascimento: 01/05/94 Nº SUS: _____
Estado Civil: S Profissão: _____ Fone: () _____
Endereço: R. Capim Branco Nº 33 Bairro: _____
Cidade: S. C. R. Acompanhante: () Sim Não (X) Nome: _____
Pai: _____
Mãe: Alencina de Jesus Costa

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

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 19:05 min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: ne gr

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(); Hipoglecia com sudorese intensa()
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<90 ou >190mmhg(); PAD>130()
Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas 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:
Mielena(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); ferida aberta com secreção/ 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 160 a 190mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ().

OSS: Exatidão do relato, comunicação

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 ().

OSS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐

ENCAMINHADO: _____

ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

MÉDICO: _____

Histórico do paciente: Paciente trazido pelo SAMU vítima
de colisão moto-carro, com lesão
apneica, Glasgow=15, e mobilização
com ASD e escoriações em membros

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica: Trauma

Conduta: Rx ombros/humeros/punhos
Voltaren 750





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	João Eduardo de Lima Santos		
End:	Rua Sete Jureta São M. Guaf	Bairro:	Barro D. Miguel
Data de Nascimento:	07-05-94	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidose	Data do Atend.:	15-8-2015
	Moto	Hora:	18:30
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fútil de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de RGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocrômica <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Cama	

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA

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

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 Mhz.

ANÁLISE:

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

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



Dr. Rhydias L.F. de Carvalho
Radiologia e Diag. por imagem
CRM 6833





GOVERNO SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

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 motociclistico

2. Resultado dos principais exames

Fratura do fêmur esquerdo

3. Evolução e complicações

Evoluiu sem complicações

4. Terapêutica realizada

Redução da fratura

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Fratura do fêmur esquerdo

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Alta

Com parentes

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUB CG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES		EXPERIÊNCIA	LEITO	Nº PRECATORIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>João Eduardo de Souza Costa</i>		IDADE: <i>71</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>Branco</i>
DATA: <i>15/07/20</i>	PRÉSSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	POSIÇÃO	ALÍVIO
TIPO DE ANESTESIA	HEMÓCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCOSE	UREIA	OXÍGENO
				ALBÚM	PROTEÍNA	
Nº RESPIRATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
Nº CIRCULATÓRIO						
Nº DIGESTIVO				DIENTER	PERDIDA	Nº URINÁRIO
ESTADO MENTAL				ATAXIA	COORDENÇÃO	ALERGIA
				HIPOTENSÃO		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ESTADO FÍSICO		
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	Nº	RESULTADO
<div> <div> AGENTES ANESTÉSICOS</div> <div> LÍQUIDOS</div> <div> GASES</div> </div>				<div> INDICAÇÃO</div> <div> Setel: <input checked="" type="checkbox"/> Excl: <input type="checkbox"/> Tosses: <input type="checkbox"/></div> <div> Largura expiratória: <input type="checkbox"/> Leve: <input type="checkbox"/></div> <div> Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/></div> <div> Outros: <input type="checkbox"/></div> <div> MANUTENÇÃO</div> <div> 1. <i>Propofol 1%</i></div> <div> 2. <i>Vecuronio 0.1mg</i></div> <div> 3. <i>Midazolam 5mg</i></div> <div> 4. <i>Atorvastatina 40mg</i></div> <div> 5. <i>Clonazepam 0.5mg</i></div> <div> 6. <i>Clonazepam 0.5mg</i></div>		

ANESTESIA SANGÜEA: Sim ☒ Não ☐
Não, por quê?

RESPIRATÓRIO

Reflexos na S.O.:
Orelha: G.O.: Excl: ☐
Náuseas: ☐ Vômitos: ☐
Outros: ☐
Com o leito: Sim ☐ Não ☐

CONDIÇÕES



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

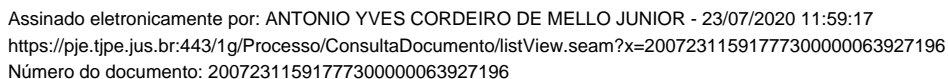
<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + 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



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
CIRURGIA			CIRURGIÃO		
ANESTESIA			ANESTESIA		
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Oxigênio Cabo p/Oxg Catet. Dr. Uniter Sist. Fach. Compressa Grande Compressa Pequena Otoplastia Dreno Dreno Kerr nº Dreno Penrose nº Dreno Pozzer nº Equipos de Manômetro Setor de Manômetro Equipos de Sanguê Equipos de P.O. Aspirador L.A. com Furadeira nº Osso Fibra de 10 unidades P.O. nº Intubação Adulto Intubação Infantil Lâmina de Bisturi nº 23 Lâmina de Bisturi nº 11 Lâmina de Bisturi nº 15 Luvas 7.0 Luvas 7.5 Luvas 8.0 Luvas 8.5 Oxigênio litr Sonda BVP Desembaralhar m PVF. Topografia m Saco Antiséptico Saco Coletor Seringa desc. 10 ml Seringa desc. 20 ml Seringa desc. 25 ml Sonda Esponja Iodada Sonda Nasogástrica Sonda Litotri nº Steridren ml Torniquete Yasolina ml Gelco n° 18 Lactose	Qtd.	FIOS Catgut cromado Serlix Catgut cromado Serlix Catgut cromado Serlix Catgut Simplex Catgut Simplex Serlix Catgut Simplex Serlix Catgut Simplex Serlix Cabo p/Ossio Enfibond Enfibond Fio de Agulha Serlix Fio de Agulha Serlix Fio de Agulha Sutural Fio de Agulha Sutural Fio de Cordão Manômetro Manômetro Protone Serlix Protone Serlix Protone Serlix Viyel Serlix Viyel Serlix Viyel Serlix	CÓDIGO
Qtd.	MEDICAÇÕES			SOROS	
	Agua Oxigenada amp. Dexamet. amp. Dipirona amp. Etomidat amp. Fludocort amp. Gentamicina amp. Glucose amp. Guaiacolo Celulo amp. Ibuprofeno ml Kanamida amp. Lasix amp. Morfina amp. Plavil amp. Procaina Roxon amp. Sulfametozol. Terbutalina Tetraciclina Vancomicina Zincato de Cu			SG Normotermais fr 500 ml SG Gelado fr 500 ml SG Hipertermias fr 500 ml SG Ringer fr 500 ml SG NaCl 0.9%	
Qtd.	MATERIAIS E SOLUÇÕES			ORTOSE E PRÓTESE	
	Agulha desc. 26 x 27 Agulha desc. 26 x 28 Agulha desc. 3 x 4.5 Agulha p/curto nº Aagul de Enfiamento Alcova Indaca ml Atadura de Drogas Atadura de Gessada Azul metano amp Benzoina ml			EQUIPAMENTOS Oxi-medico Pulso Serra Desferaliador Poco Frontal Força de Luz Poco Auxiliar Electrocateterio Oscilopneumo Cardiomonitor Perfurador Electrico	
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					



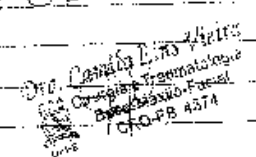
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
José Eduardo de Lima Santos			
Data da Operação	Enf.	Leito	
21/05/15			
Operador	1.º Auxiliar		
D. S. Camilo			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
D. Valeriano	Gase		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Fratura abert. do antebraço			
Ligadura da patela abert. do antebraço			
7. Exatidão			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Bom			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			
N.D.U.			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Por via de acesso de antebraço
2. Ligadura da patela + T.C.E.
3. Ligadura da patela
4. Redução da fratura abert. do antebraço
5. Instalação de placa de fixação de 3.
6. Sutura
7. Ligadura
8. Ligadura de T.C.E.



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
------	------	---	---	---	----	---------	------------------------	-------

1997

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]





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

DECLARAÇÃO

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

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

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 16 DE DEZEMBRO 2019



MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

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





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




DECLARAÇÃO

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

Santa Cruz do Capibaribe, 20 de JANEIRO de 2020.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24h@capibaribe.gov.br



FICHA DE ATENDIMENTO

Usuário e/ou data de atendimento:

19.56

UPA
24h

RECEPCIONISTA: A. G. G. G. Data: 05/08/19 Hora: 19:15 min
Nome: João Roberto de Jesus Costa Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: _____ Nascimento: 01/05/94 Nº SUS: _____
Estado Civil: S Profissão: _____ Fone: () _____
Endereço: R. Capim Branco Nº 33 Bairro: _____
Cidade: S. C. R. Acompanhante: () Sim Não (X) Nome: _____
Pai: _____
Mãe: Almeida de Jesus Costa

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

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 19:05 min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: ne gr

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(); Hipoglecia com sudorese intensa()
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<90 ou >190mmhg(); PAD>130()
Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas 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:
Mieloma(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); ferida aberta com secreção purulenta/ 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 160 a 190mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem tosse ();

OSS: Exame de moto, mobilização

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 ();

OSS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐

ENCAMINHADO: _____

ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

MÉDICO: _____

Histórico do paciente: Paciente trazido pelo SAMU vítima de colisão moto a caminhada, apneico, Glasgow=15, e mobilização com ASD e excitação em membros

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica: Trauma

Conduta: Rx ombros/humeros/punhos
Voltarem para

Validado eletronicamente por:
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2020/07/23 11:59:17



GOVERNO SECRETARIA DE SAÚDE
ESTADO DA PARAIBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 0023571

CNPJ: 06.877.268/0001-68

Nome: JESSE EDUARDO DE LIMA SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 21 B

Profissão: SITIO SERICITEIRO
Endereço: PATRIA DE SAOTIMOCUEL PB Bairro: CEP: 56617-000
Município: 15/05/2015 18:30h Estado: Paraíba UF: 23

Data de Nascimento: 15/05/2015 18:30h
Data de Atendimento: 07/07/2020
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

RAÇA/COR: () 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARDA
() 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Relato do paciente: Estou com dor no braço direito, desde que me acidentei no trânsito, há alguns dias. A dor é constante e piora ao movimentar o braço.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Exame físico: sem alterações.
2. Exame de imagem: radiografia de braço direito.
3. Exame de imagem: ultrassom de braço direito.
- 4.
- 5.

DIAGNOSTICO / CID:

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):

Consulta Especializada: Ultrassonografia

PROCEDIMENTO

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

MEDICAÇÃO

- ☐ 01 - PRESCRITA
- ☐ 02 - NÃO PRESCRITA

ENCAMINHAMENTO

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ INTERNOÇÃO
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBQ	IDADE
01 - EXAME FÍSICO		
02 - EXAME DE IMAGEM		
03 - EXAME DE LABORATÓRIO		
04 - EXAME DE OUTROS		

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

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	João Eduardo de Lima Santos		
End:	Rua Sete Setembro São Miguel	Bairro:	Barro Branco
Data de Nascimento:	07-05-94	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidose	Data do Atend.:	15-8-2015
	Moto	Hora:	18:30
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fúria de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de RGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocrômica <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Cama	

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA

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

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST™

METODOLOGIA:

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

ANÁLISE:

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

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



Dr. Rhydias L.F. de Carvalho
Radiologia e Diag. por imagem
CRM 6833





GOVERNO SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

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 motociclistico

2. Resultado dos principais exames

Fratura do fêmur esquerdo

3. Evolução e complicações

Evoluiu sem complicações

4. Terapêutica realizada

Redução da fratura

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Fratura do fêmur esquerdo

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Alta

Com parentes

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUB CG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES		EXPERIÊNCIA	LEITO	Nº PRECATORIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>João Eduardo de Souza Costa</i>		IDADE: <i>71</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>Branco</i>
DATA: <i>15/07/20</i>	PRÉSSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	POSIÇÃO	ALÍVIO
TIPO DE ANESTESIA	HEMÓCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCOSE	UREIA	OXÍGENO
				ALBÚM	PROTEÍNA	
Nº RESPIRATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
Nº CIRCULATÓRIO						
Nº DIGESTIVO				DIENTER	PERDIDA	Nº URINÁRIO
ESTADO MENTAL				ATAXIA	COORDENÇÃO	ALERGIA
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ESTADO FÍSICO		
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	Nº	RESULTADO
<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>AGENTES ANESTÉSICOS</p> <p>LIQUIDOS</p> <p>INÍCIO</p> <p>VR. ARTERIAL O. JUSU. O. RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA O. OPERAÇÃO</p> </div> <div style="flex: 2;"> </div> <div style="flex: 1;"> <p>INDICAÇÃO</p> <p>Setiel: <input checked="" type="checkbox"/> Excl: <input type="checkbox"/> Tosses: <input type="checkbox"/></p> <p>Largu. espanto: <input type="checkbox"/> Leite: <input type="checkbox"/></p> <p>Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/></p> <p>Outros: <input type="checkbox"/></p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p><i>1. 100% O2</i></p> <p><i>2. 100% O2</i></p> <p><i>3. 100% O2</i></p> <p><i>4. 100% O2</i></p> <p><i>5. 100% O2</i></p> <p><i>6. 100% O2</i></p> <p><i>7. 100% O2</i></p> <p><i>8. 100% O2</i></p> <p><i>9. 100% O2</i></p> <p><i>10. 100% O2</i></p> </div> </div>						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				ANESTESIA SANGÜEA: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
				Não, por quê: <input type="text"/>		
				RESPIRATÓRIO		
				Reflexos na SD: <input type="text"/>		
				Qual: <input type="text"/> GO: <input type="text"/> Excl: <input type="text"/>		
				Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>		
				Outros: <input type="checkbox"/>		
				Com o leito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
				CONDIÇÕES		
POSICÃO						
AGENTES						
TÉCNICA						
OPERAÇÃO						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTA						
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGÜÍNEA



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

<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





GOVERNO
DA PARAÍBA

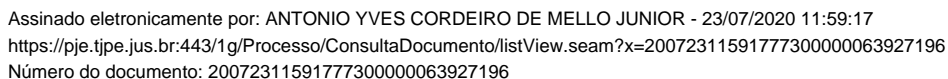
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Rafaela Carolina de Almeida		Idade:	28	
Convênio:			Data:	23/07/2020	
Procedimento:	Laparoscopia de appendicectomia				
Cirurgião:	Dr. Camilo	Auxiliar:		Anestesista:	Dr. Valério
Início:		Término:		Anestesia:	Propofol

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
07:54	120x38	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	140x30	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:05	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93	100%	Religioso	F	Desperta
08:00	120x40	93				

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
José Eduardo de Lima Santos			
Data da Operação	Enf.	Leito	
24/05/15			
Operador	1.º Auxiliar		
D. S. Camilo			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
D. Valeriano	Gase		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Fratura abaxial da tíbia			
Ligadura da patela abaxial da tíbia			
7. Exatidão			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Bom			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			
N.D.U.			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

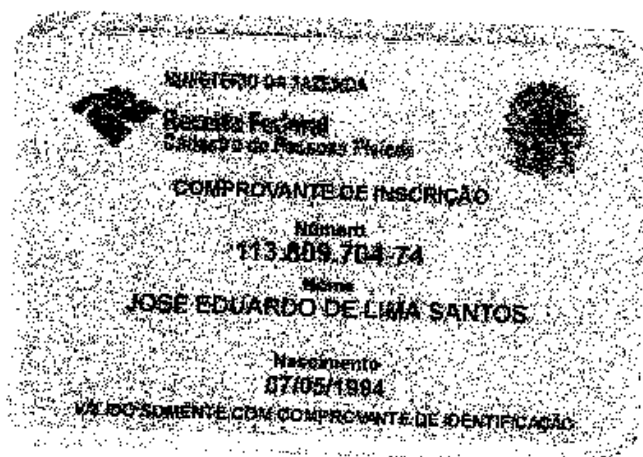
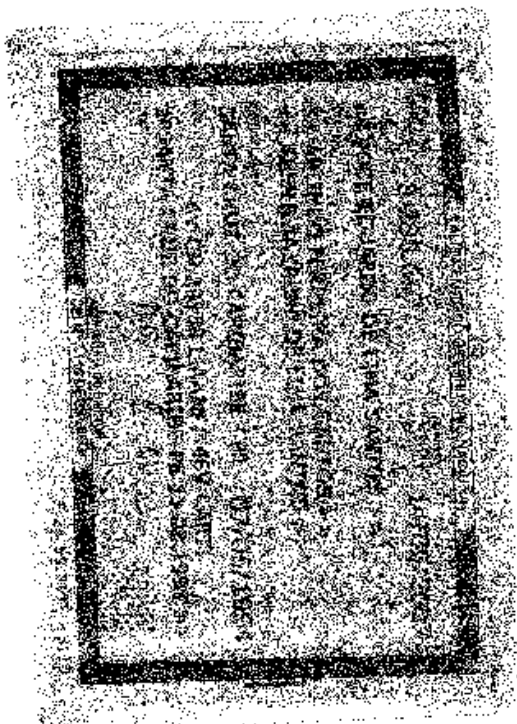
1. Por via de acesso da tíbia abaxial
2. Ligadura da patela + T.C.E.
3. Ligadura da patela
4. Redução da patela abaxial da tíbia
5. Instalação da barra de tração tipo de aço 3.
6. Sutura
7. Ligadura
8. Ligadura da T.C.E.

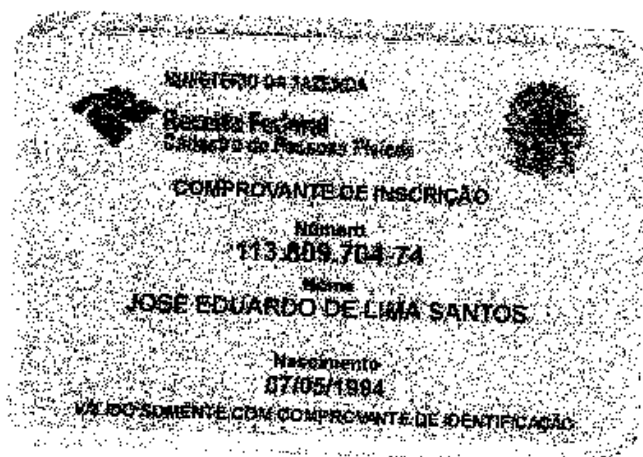
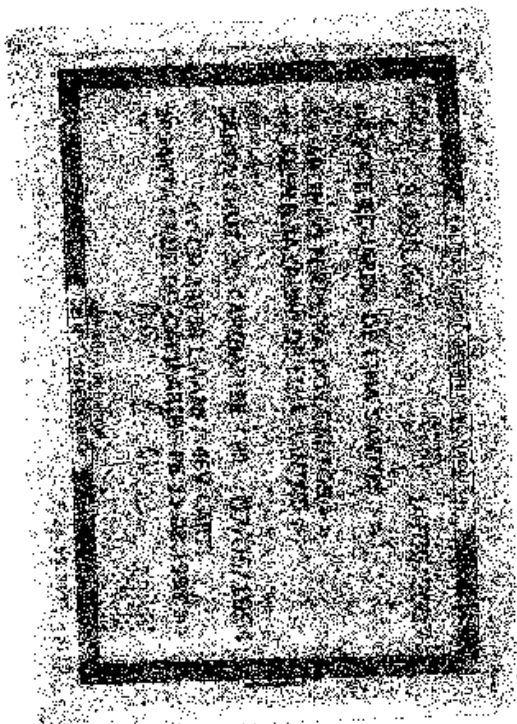
Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
16/06/2016	11:15	36,4	72		120/80		Paciente bem-estar medicado conforme prescrição sem sinais de desidratação sem dor abdominal Hct - 37,5% 91 - medicação de manutenção	

1980

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAM - PE
Nº 014204746574A
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 944082530 2015

JONATAS AUGUSTO LOPEZ

S. C. CARIBARI-PE

053.832.544-93

PAZ MOTONETA

MONDA/BIZ 125-13

28/12/2011

YIVA 2018 QUITADO

SEGURO PAÇO

RES. DEM. MOTORAL

S. C. CARIBARI

Charles Anderson Sousa Dilecio
Diretor de Tráfego e Segurança

17/07/2020

SEGURO CONTRA O RISCO DE FURTO DE VEÍCULO
AUTORIDADES DEVE TEREM EM MENTE QUE A SUA CATEGORIA DE VEÍCULO
TRANSFORMA O RISCO DE FURTO EM RISCO DE FURTO

PE Nº 014204746574A **BRINTE DE SEGURO CONTRA**
JONATAS AUGUSTO LOPEZ

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO CONTRA
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORA.LIBRE.COM.BR
SAC 0800 022 1304

S. C. CARIBARI-PE

053.832.544-93

MONDA/BIZ 125-13

28/12/2011

YIVA 2018 QUITADO

SEGURO PAÇO

RES. DEM. MOTORAL

S. C. CARIBARI

Charles Anderson Sousa Dilecio
Diretor de Tráfego e Segurança

17/07/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETAM - PE
Nº 0142047065706
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: CDS RENAVAM 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-2589-2590-2591-2592-2593-2594-2595-2596-2597-2598-2599-2600-2601-2602-2603-2604-2605-2606-2607-2608-2609-2610-2611-2612-2613-2614-2615-2616-2617-2618-2619-2620-2621-2622-2623-2624-2625-2626-2627-2628-2629-2630-2631-2632-2633-2634-2635-2636-2637-2638-2639-2640-2641-2642-2643-2644-2645-2646-2647-2648-2649-2650-2651-2652-2653-2654-2655-2656-2657-2658-2659-2660-2661-2662-2663-2664-2665-2666-2667-2668-2669-2670-2671-2

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 (uma) de: (1) JOSÉ EDUARDO DE LIMA SANTOS, Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 23/01/2020 15:02. - Total: 5.26. Em Testemunho. da verdade

Isolado: ISAAC ASSIS FREITAS MOURA
R. São Sebastião Angélica, s/n - Centro
Santa Cruz do Capibaribe - PE - 55060-000



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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





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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200045071

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15442275

Pag. 00961/00962 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

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

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

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00331/00332 - carta_03 - INVALIDEZ

00080166



Carta nº 15445416





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

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200045071

Vítima: JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE EDUARDO DE LIMA SANTOS

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00523/00524 - carta_31 - INVALIDEZ

00050282



Carta nº 15484640





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS:

3 - CPF da vítima:

413.809.204-74

4 - Nome completo da vítima:

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:

113.809.204-74

7 - Profissão:

R. INF.

8 - Endereço:

RUA SEVERINO P. SOBRINHO

9 - Número:

33

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE

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:

☒ RECURSO 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 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

31 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPEANÇA (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

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e isentando, 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.134/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 nº 8.134/74.

Declaro que esta contratação 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 - 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: ☐ Sim ☐ Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiro(s) ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ 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, 51 - Rua do Cap. PE 24/01/2020

x José Eduardo de Lima Santos

1 - 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.I.N.F. 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
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 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: - 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____
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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 413.809.204-74 4 - Nome completo da vítima: 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: 413.809.204-74
7 - Profissão: R. INF. 8 - Endereço: RUA SEVERINO P. SOBRINHO 9 - Número: 33 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BELA VISTA 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE 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:

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

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

☒ CONTA POUPOANÇA (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: 25834 4 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e isentando, 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), 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 nº 8.194/74.

Declaro que esta contratação 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 - 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 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 rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 51 - Origem do Rap. PE 24/01/2020

x José Eduardo de Lima Santos

1 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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 8/8/2019 às 12:00

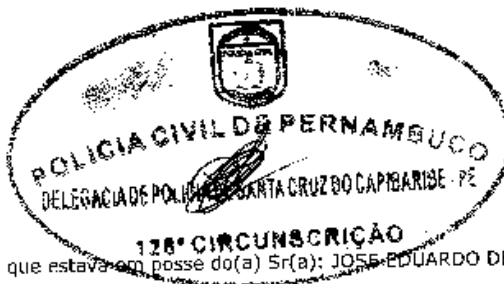
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PE-160, NAS IMEDIAÇÕES DE ADOLFO PEÇAS, - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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: AUTÔNOMO(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**

23/01/2020 12:20



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**

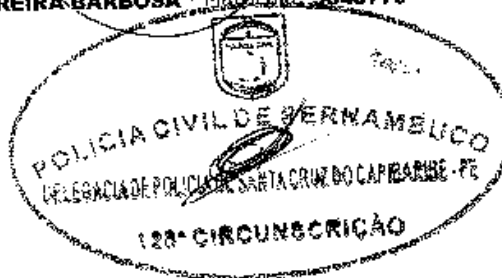
Complemento / Observação

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)

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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 8/8/2019 às 12:00

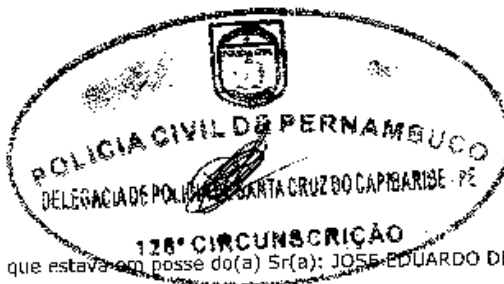
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PE-160, NAS IMEDIAÇÕES DE ADOLFO PEÇAS, - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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: AUTÔNOMO(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**

23/01/2020 12:20



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**

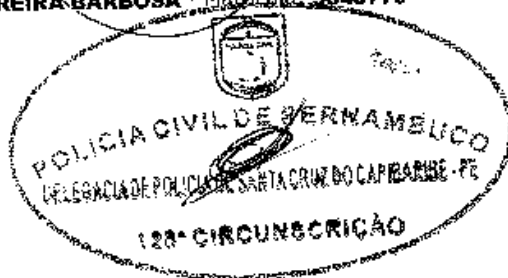
Complemento / Observação

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)

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





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 AS:

3 - CPF da vítima:

413.809.204-74

4 - Nome completo da vítima:

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:

113.809.204-74

7 - Profissão:

R. INF.

8 - Endereço:

RUA SEVERINO P. SOBRINHO

9 - Número:

33

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.195-623

15 - E-mail:

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:

☒ RECURSO 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 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

31 - 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

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☐ 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 8.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 nº 8.194/74.

Declaro que esta contratação 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 - 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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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 rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 51 - Rua do Pap. PE 24/01/2020

x José Eduardo de Lima Santos

1 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS:

3 - CPF da vítima:

413.809.204-74

4 - Nome completo da vítima:

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:

113.809.204-74

7 - Profissão:

R. INF.

8 - Endereço:

RUA SEVERINO P. SOBRINHO

9 - Número:

33

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE

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:

☒ RECURSO 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 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

31 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUANÇA (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

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e isentando, 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 8.194/74.

Declaro que esta assinatura 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 - 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: ☐ Sim ☐ Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ 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 rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 51 - Rua do Pap. PE 24/01/2020

x José Eduardo de Lima Santos

1 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)