
Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128394

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200128394 Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido , pois não foi entregue.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128394

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 00000023762-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128394

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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: 628.945.874-49 4 - Nome completo da vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA 6 - CPF: 628.945.874-49
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO PEDREGULHO 9 - Número: 260C 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VERTENTE DO LERIO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55760-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81.99700-1998

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\$1.00 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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 023762 0

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e ficando, 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.

Soluto 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 ordens da Seguradora Lider 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - 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(s) (vivo(s))? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, o mesmo se aplica, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

JOABE SOUZA DA SILVA

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

087.201.794-05

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

Joabe Souza da Silva

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Leonilda Barbosa da Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 21/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedicante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0206000219

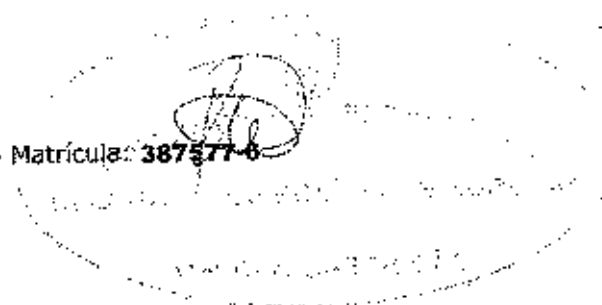
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiposo (Consumado) que aconteceu no dia
14/12/2019 às 19:00

1 de 2

DECLARA O SENHOR JOSUÉ MAXIMIANIANO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO NO DIA 14/12/2019 NO CENTRO DE SURUBIM PRÓXIMO AO MATADOURO, QUE UM CARRO FOI "CORTAR" O OUTRO E QUE ELAS VINHAM EM DIREÇÃO OPPOSTA, OCORRE QUE NESTA ULTRAPASSAGEM O CARRO QUE REALIZOU A MANOBRA COLIDIU DE FRENTE COM SENHOR JOSUÉ, O QUE OCASIONOU O ACIDENTE, QUE O SAMU REALIZOU O SEU SOCORRO SENDO ENCAMINHADO PARA A UPA DE SURUBIM, DE LÁ SEGUIU PARA O HOSPITAL DE CARUARU E POSTERIORMENTE REALIZOU CIRURGIA EM BEZERNOS CONFORME PRONTUÁRIO Nº. 25480 OCORRÊNCIA 00103315. REGISTRA O FATO PARA CONHECIMENTO.

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

JOSUÉ MAXIMIANIANO DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA** - Matrícula: **387577-6**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 628.945.874-49 4 - Nome completo da vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA 6 - CPF: 628.945.874-49
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO PEDREZOLHO 9 - Número: 260C 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VERTENTE DO LERIO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55760-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81.99700-1998

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

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

☐ CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 023762 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e ficando, 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.

Soluto 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 ordens da Seguradora, 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - 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(s) (vivo(s))? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, conforme a lei, 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.

JOSUE SOUZA DA SILVA

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

087.201.794-05

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

Josue Souza da Silva

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 21/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedicante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000023762-0

Nr. Autenticação

BRADESCO080420200500000000002370083500000002376294500 PAGO



CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-002
CNPJ: 08.835.982/0001-00 | Insc. Est.: 0005401-93 | www.cadepe.com.br

ENDEREÇO DO CLIENTE

ENDEREÇO DO CONTADOR/CONTADOR

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RUA JOÃO BATISTA, 211

CNPJ: 04.524.444-04

CENTRO SUIBIM
SUIBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO

91 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mantenedor

DATA DE INÍCIO

01/01/2000

DATA DE FIM

31/12/2000



	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo Ativo (kWh) TUSC	98,000000	0,42788162	41,92
Consumo Ativo (kWh) TE	98,000000	0,35870005	35,17
Antecipação de Pagamento			1,88
Contribuição de Custos Municipais			2,39
ICMS (Imposto de Consumo)			0,26
TOTAL DA FATURA			81,52

PROD	TIPO DA	ANTERIOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PROD	CONSUMO	VALOR
PROD	CAT	01-12-2009	26-12-2009	01-01-2010	26-12-2009	26-12-2009	26	1,1000	50,00

PROD	TIPO DA	ANTERIOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PROD	CONSUMO	VALOR
PROD	CAT	01-12-2009	26-12-2009	01-01-2010	26-12-2009	26-12-2009	26	1,1000	50,00

ANDREIA DE A. M. 6312 FOLIO 091A 0047

PROD	TIPO DA	ANTERIOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PROD	CONSUMO	VALOR
PROD	CAT	01-12-2009	26-12-2009	01-01-2010	26-12-2009	26-12-2009	26	1,1000	50,00



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Josué Maximiano da Silva**, nascido no 06/08/1967, filho da Sra. **Maria Josefa da Silva** e do Sr. **Vital Maximiano da Silva**. Residente no sítio Lério de Cima na zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 17/01/2020 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente.

Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 14/12/2019 pelo médico plantonista Dr. Carlos Antônio CRM - 26407.

Surubim, 17 de janeiro de 2020.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

RUBIM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
A ZENILDA GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº OCORRÊNCIA: 00103315
Antecedentes: 25480 CNS: 162308420260006 Idade: 52 Anos 4 Meses 8 Dias Sexo: MASCULINO
Nome: JOSUÉ MAXIMIANO DA SILVA Nascimento: 06/08/1967 Est.Civil: CASADO
Idade: LERIO DE CIMA Nº: Bairro: ZONA RURAL CEP: 55750000
Endereço: SURUBIM Nac.: BRASILEIRA Doc nº:
Mãe: MARIA JOSEFA DA SILVA Pai: VITAL MAXIMIANO DA SILVA
Profissão: AGRICULTOR Responsável: Tel.: 81 71163805

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

4/12/2019 19:25 103315 ACIDENTE HGT 163 Sob o 96%
5/06/2018 08:75 16851 TRIAGEM
4/06/2018 12:54 16768 TRIAGEM

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
	110 x 70	86			

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Vitória de Colisão frontal
Coxa esquerda, escoriação
no punho e dor +
edema no 1º dedo do
mão direita. Colisão 15.

TRATAMENTO:

- 1) Observe.
- 2) Solicite RX da coxa e punho.
- 3) Solicite RX de quadril e articulação coxo femoral.
- 4) SF 0,9% 500ml (leito).
- 5) Deposição de gesso e curativo.

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

HAA-5837834

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

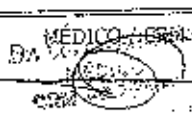
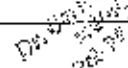
ÓBITO:

às ____ h ____ m do dia ____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 14/12/2019 19:25:08

☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO	☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA		MÉDICO:  HORÁRIO: 
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: MARIA LUCIVALDA FERREIRA DO NASCIMENTO



Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local

Hospital Local:		Município:		
Nome do Paciente: <u>Ismael Moximiano de Silva</u>		Data de Nascimento: <u>06/08/1967</u>		
Quadro Clínico: <u>Paciente 52 anos, vítima de Colapso Cardíaco</u> <u>atendido como emergência por equipe de</u> <u>resposta rápida no 1º Socorro de Urgência.</u>				
HD: <u>Fusluna 1º (Unidade de Urgência)</u>				
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente		CRM:	DATA:	
		DATA:		
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão		COREN:	DATA:	
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado): <u>HRA: 5837834</u>			
	Assinatura do (a) médico (a):			
	CRM:			
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado): <u>---</u>			
	Assinatura do (a) médico (a):			
	CRM:			
Assinatura do Responsável				
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem			COREN:	
Assinatura do Motorista			Placa da Ambulância:	



HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO

P/ José Maurício da Silva

Atestado médico

O paciente exposto deve ser
apostado de férias obrigatórias por
um período de 60 (sessenta) dias

CID 10.2.562.2

20/12/19



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Josué Maximiliano da Silva**, Esteve Interno (a) nesta Unidade de Saúde No dia **15/12/2019 a 18/12/2019**. Registro : **350972**

OBS: Vítima de Acidente no Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 14 de Fevereiro 2020

109.794.975/0259-2
RUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232 - Km 130
Indianópolis - CEP 55060-000
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGENCIA

Amendments: 571235

Partners: 350972

Nome: JOSE VASCONCELOS DA SILVA

DATA 2001: 2001A1057

1054650

Sexo MASCULINO

CON: PAREA

Religion

REF: 52 94587649

RG-9484123

ENDPAGE 3/NO REFERENCE

3.3.1.2 DNA KIFEAL

Grade SURPLUS

450

DATE: _____

CPA 5576005

Page 38 of 534

PROFESSOR FABIANOPOLIS, A 1440

Nome da Mãe: MARIA JOSEFA SILVA

References

Deriving Statistics: ATT COM 102 2013 EN

CHINA ORTOPEDIC DENTISTRY

YASAR, C. (1992)

Entscheidung 2019/13

REFERENCES

REFERENCES

— 25 —

FILED - SEP 15 2010

Abstract

1959



INDEX

Relatório de Atividade 13/03/2017

Nome: Mariana
Código: 123456
Data de Nascimento: 10/10/1990
Sexo: F
Estado: SP
Cidade: São Paulo
Profissão: Enfermeira
Assinatura: _____
Carimbo: _____

Relatório de Atividade 13/03/2017

Relatório de Atividade 13/03/2017

Relatório de Atividade 13/03/2017

Relatório de Atividade 13/03/2017

Relatório de Atividade 13/03/2017

Relatório de Atividade 13/03/2017

Relatório de Atividade 13/03/2017



UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal de São Paulo
Secretaria de Saúde e Surubim

Dr. João Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1º Via Hospital de destino/2º Via Hospital local

Hospital Local		Município	
Nome do Paciente		Data de Nascimento	
Endereço Completo			
Assinatura do(a) Médico(a) Assistente		CRA	DATA
Assinatura do(a) Enfermeiro(a) Chefe de Plantão		COREN	DATA
1ª REMOÇÃO	Hospital de destino	Município	Hora Saída
	Hora Chegada		
	Assinatura do(a) Médico(a)		
2ª REMOÇÃO	Hospital de destino	Município	Hora Saída
	Hora Chegada		
	Assinatura do(a) Médico(a)		
Assinatura do Responsável			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		COREN	
Assinatura do Paciente		Plano de Atendimento	

160120Z

574860



Scanned with
CamScanner



HOSPITAL
JESUS PEQUENO

NOME

JOSE MARCOS DE SILVA

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do 1º metacarpo do 2º dedo foi

submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

30.08.19 Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial

Bezerros,

16.01.20

27

1

4-0987-4
030709

087231



ALGAS

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.484.133 DATA DE IMPRESSÃO 23/04/2010

JOSE MAXIMIANO DA SILVA

VITAL MAXIMIANO DA SILVA
MARIA JOSEFA DA SILVA

NATURALIDADE JANIÓPOLIS - RR DATA DE NASCIMENTO 06/08/1967

CC. 1.019.1.82 F. 272 CART. VERTEBRE DO LÉRIE 15.03.2008

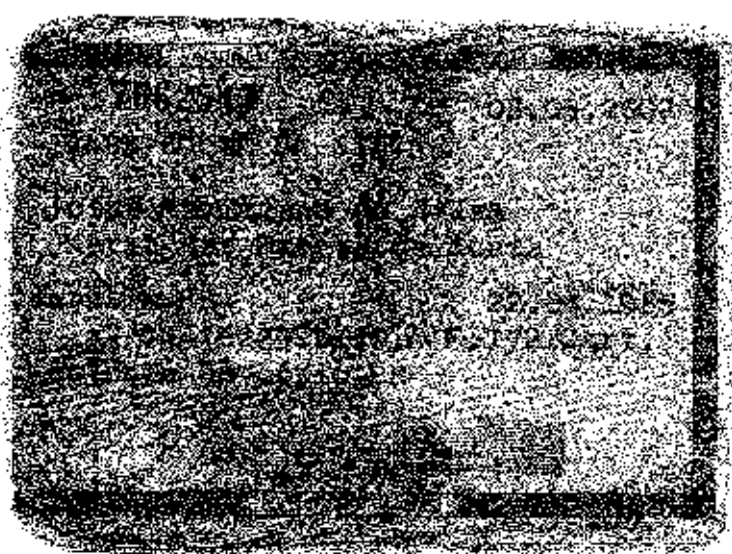
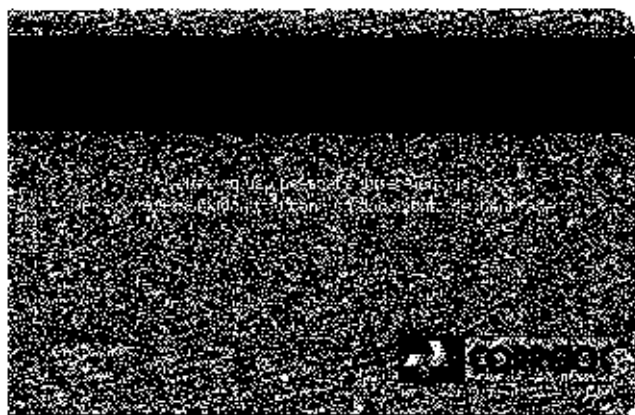
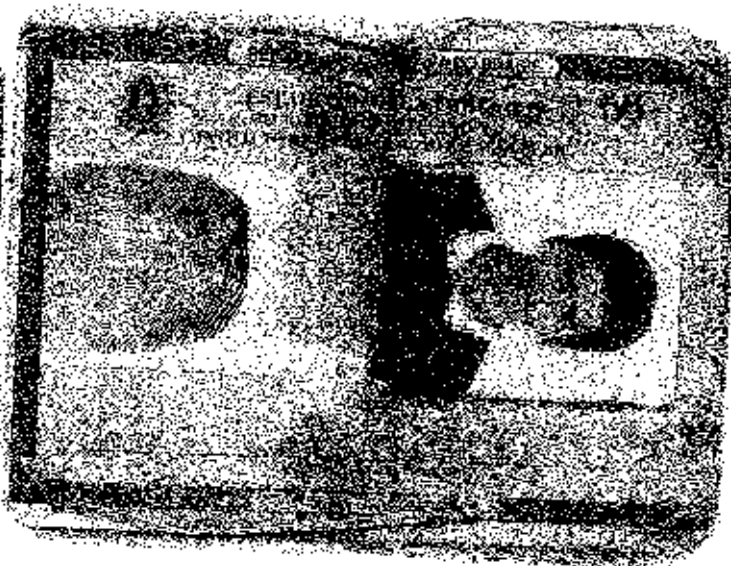
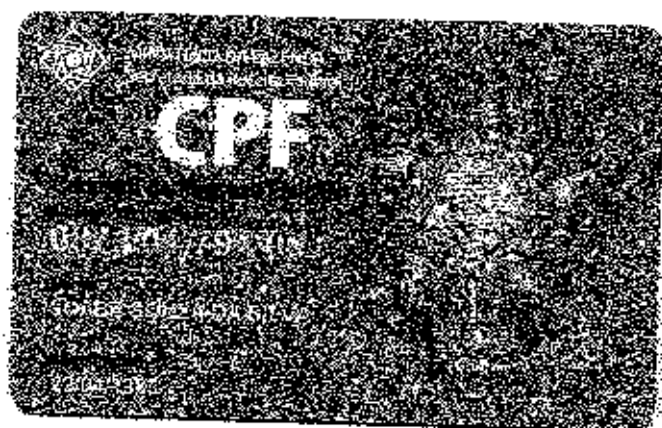
620.945.874-40

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

LEI Nº 2.114 DE 20.06.64

ART. 1º

DO 01.02.1



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200128394 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 8/9/10_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101332/20

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

CPF: 628.945.874-49

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSUE MAXIMIANO DA SILVA : 628.945.874-49

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: 23/03/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1428086222

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111 BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! ROSEANE MARIA DA SILVA-PX DA VENDA DE CICO	DATA DE VENCIMENTO 30/03/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/03/2020	CONTA CONTRATO 4008622995
ENDEREÇO PX DA VENDA DE CICO -SI LERIO 13 - SURUBIM/GANCHO DO GALO -55750- 000 SURUBIM PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 54,52	DATA DA APRESENTAÇÃO 23/03/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 101735834	

PERÍODO CONSUMO 20/02/2020 a 23/03/2020	CONSUMO 0
---	---------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4008622995	MÊS/ANO 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 54,52	VENCIMENTO 30/03/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838900000005 545200110049 008622995109 145274384430				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101332/20

Número do Sinistro: 3200128394

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

CPF: 628.945.874-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 15/04/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101332/20

Número do Sinistro: 3200128394

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

CPF: 628.945.874-49

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 14/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

JOSUE MAXIMIANO DA SILVA : 628.945.874-49

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: 31/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos