

SINISTRO 3200153167 - Resultado consulta por beneficiário

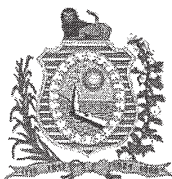
VÍTIMA VANDEILSON DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADO
S/A
BENEFICIÁRIO VANDEILSON DA SILVA
CPF/CNPJ: 70282763414

Posição em 05-05-2020 14:54:32

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/05/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0221000570**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/09/2018** às **10:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/7/2018** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **CAPELA NOVA, 1, ESTRADA DO POVOADO DE CAPELA NOVA** - Bairro: **CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO (OUTRO)
VANDEILSON DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

VANDEILSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROZÉLIA SEVERINA DA SILVA** Pai: **VANDERLY SILVA** Data de Nascimento: **24/4/1996** Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **CAPELA NOVA, 1, RUA DA QUADRA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO /BRASIL**

ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VANDEILSON DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR1523** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **996097589** Chassi: **9C2KC1650ER018906**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**



Complemento / Observação

A VÍTIMA (VANDEILSON) VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OYR-1523, PELA ESTRADA DE CAPELA NOVA TRAFEGANDO NO SENTIDO CAPELA NOVA PARA O SÍTIO JACARÉ, MAS NO MEIO DO PERCUSO, DEVIDO AO EXCESSO DE AREIA NA ESTRADA, A MOTO DERRAPOU E POR ISSO A VÍTIMA PERDEU CONTROLE DA MOTO E POR CAUSA DISTO CAIU DA MOTO E VEIO A SOFRER VÁRIAS LESÕES CORPORAIS. LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TORITAMA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NA CIDADE DE MORENO.

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

Vanilson da Silva

VANDEILSON DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Anderson* **ANDERSON EDGLEY PEREIRA DA COSTA** - Matrícula: **296784-7**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013713431328
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM ANTRC EXERCÍCIO
2 996097539 2013

ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO
ME
TORITANA-PE

22-444-985/0001-46 PLACA OYR1523

PLANTILHA CHASSI
***** 922K12850ER016906

ESP. CILINDRO COMBUSTÍVEL
R48 MOTOCICLETA ALCO/GA30L

MARCA/MODELO ANO/FAB. ANO/MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ESD 2013 2014

CAPOT/OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
22/148CL PARTIC VERMELHA

1 1PVA 12013 QUITADO 1 *****
2 2PVA 1PVA PARCELAMENTO/COTAS 2 *****
3 3PVA 1PVA PARCELAMENTO/COTAS 3 *****

PREMIO TAFARIÁRIO (R\$) OF (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEM RESERVA

PREMIO TAFARIÁRIO (R\$) OF (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEM RESERVA

TORITANA-PE LOCAL DATA 22/03/13

CHARLES ANDREWS SOUSA RIBEIRO
DIRETOR PRESIDENTE DE TRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE LOUPOR SUA CARGA, APESAR DO
TRANSPORTE DAS CIDADES, SEGURO DPVAT

PE Nº 013713431328 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORAIDER.DPVAT.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

ME EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
TORITANA-PE 2013 23/03/13

VIA ANO/FAB. DATA DE FÉTIMO PLACA
22-444-985/0001-46 OYR1523

RENDA/MARCA/MODELO
996097539 HONDA/CG 150 TITAN ESD

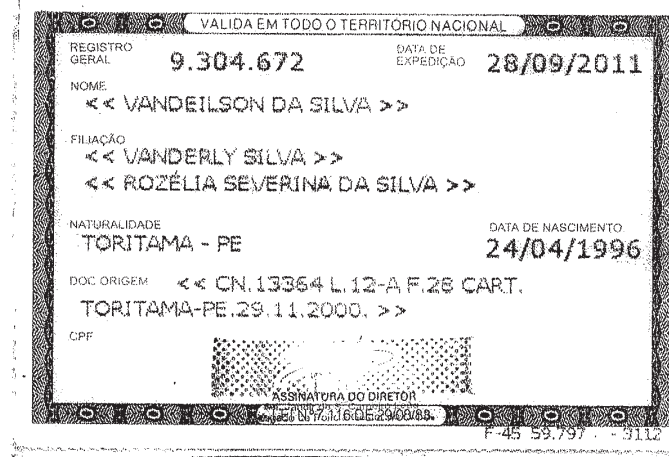
ANO/FAB. DATA DE FÉTIMO Nº CHASSI
2014 09 922K12850ER016906

PREMIO TAFARIÁRIO
FMS (R\$) DEMAYRAS (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) OF (R\$) COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.245.805/0001-04

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT -
PNE NÃO É DE PORTO FORTALEZAS



Tarifa social de energia elétrica concedida pela Lei nº 13.126/2014

NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA

CELPE
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. José de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-207
 CNPJ 18.125.002/0001-09 E-mail: 00050@celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ROSELIANE ALMEIDA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 CALIMBA, ACIMBA
 TORITAMA, PE
 55125-000

CLASSIFICAÇÃO
 RESIDENCIAL
 Monofásico

CONTA CONTRATADA
 0467497022

PERÍODO
 03/2020

DATA DE VENCIMENTO
 26/03/2020

DATA DE EMISSÃO
 13/04/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
 711,64

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo kWh (TSC)	0,00	0,00

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO
CAT	27-02-2020	0,00	11-03-2020	362,00	13	1,00000		
CAT	10-02-2020	4.407,00	27-02-2020	4.907,00	17	1,00000		

HISTÓRICO DE CONSUMO

ANO	VALOR
2019	862
2018	702
2017	756
2016	876
2015	711
2014	613
2013	483
2012	454
2011	470
2010	511
2009	584
2008	530

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	171,14
PIS	1,04	7,11
COPINS	4,79	32,79

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Geração de Energia	214,17
Transmissão	24,81
Distribuição (Celpe)	161,35
Perdas de Energia	47,64
Encargos Setoriais	35,58
Tributos	211,04
Total	644,57

TARIFAS APLICADAS

RESERVADO AO FISCO



Toritama, 13 de Setembro de 2018.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima **Declaração de Atendimento Hospitalar**

DECLARAÇÃO nº 130/2018

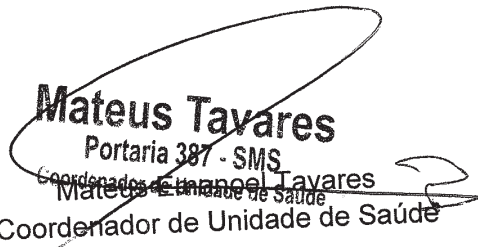
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **VANDEILSON DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **VANDEILSON DA SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência no registro nº 115.530, no dia 22/07/2018, foi atendido e em seguida sendo **LIBERADO**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva ■ Centro – Toritama - Pernambuco ■
Telefone: 3741- 1192 ■ E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

PRONTUÁRIO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro: 115.5302011	Hora: 20:11	Nome do Paciente: Vanderlan Da Silva	Sexo: M	Data de Entrada: 22-07-2018
Idade: 22	RG: 9304.6+2580/AE	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil: Solteiro
Data de Nascimento: 24/04/1996		Naturalidade: Tentena		
Endereço: Vila São Benedito		Número:	Complemento:	
Cidade: Tentena		Bairro: 22	UF: PE	CEP:
SUS: 898.0034.7568.6119		Profissão:		
Nome da Mãe: Roselle Sampaio de Silva		Nome do Pai: Vanderlan da Silva		
Nome do Responsável: O mesmo		Telefone: 9105.1474		

PA: 120 x 80	PULSO:	FR:	HGT:	PESO:	T (°C):
SpO ₂ ambiente:	SpO ₂ com O ₂ L/min:				
CLASSIFICAÇÃO: ☒ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ASSINATURA E CARIMBO					

HDA: Pto. após 1 hora de vida. 20 min. 1. Pto. após 2 horas.

A - Vão para exames

B - MKG que não está

C - Pulso claro e regular

D - ECG: 15

E -

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP:

EXAME GERAL:	OROSCOPIA:
OTO: COPIA	NEUROLÓGICO:
ACV:	GLASGOW:
AR:	NUCA:
ABDOMEN:	PUPILAS:
MEMBROS:	PELE:

Diagnóstico Provisório: ACE lig / fratura de clavícula

Alergias: () Sim () Não

Conduta: 1) Solução Rx Clavícula + clavícula curvada + fratura distal + fratura proximal

2) Ambo amputado e clareado

3) Exame

4) Atm

Carlos Branco
MÉDICO
CRM 26840

3) Tronco 1 AMP IV. 21:47
Carlos Branco
MÉDICO
CRM 26840

MÉDICO(CRM)





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

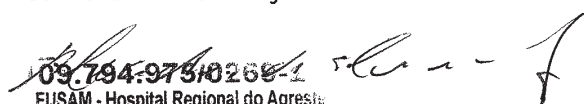
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente , **Vandeilson da Silva ,com Registro Hospitalar: 322174, esteve interno nesta Unidade de saúde no dia, 23/07/2018 a 23/07/2018**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Caruaru 19 de Março 2019


09.794.975/0268-1
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
CARUARU - PE

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru – PE- CEP
55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 431232

Prontuário: 322174

Nome: VANDEILSON DA SILVA

Data Nasc.: 24/04/1996

Idade: 22

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG: 9304672

CNS: 898003475686149

Nº: 0

Endereço: VILA SAO BENEDITO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: TORITAMA

Estado: PE

CEP: 55125000

Fone: 991167233

Profissão: AUXILIAR DE COSTURA

Nome da Mãe: ROZELIA SEVERINA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 23/07/2018 11:03

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Prontuário no consultório em
Atendimento de rotina.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Exame físico sem alterações clinicamente

Diag. Provisório:

Fratura Clavícula

Rx: Fratura f. clavícula.

Prescrição:

Dieta: _____

Horário

Data

Dr. M. C. C. C.

Fratura f. clavícula

Dr. Mauricio Pae
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PE: 16.693 REG-14.561





3 - Evolução / Exames

[illegible]

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Date: / /

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadiu-se ☐ Termo de Alta a Pedido

Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data: 22/07/18 Hora: Médico: CRM:

7/23/2018 11:04:03 AM

2 de 2

to

Dr. Mauricio Bae
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRMPE: 16.693 RPP: 14.88

Us

Usuario do Atendimento
MEYDSONWBC



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 20/09/2018 20:44

Atendimento: 287165 Entrada: 23/07/2018 Hora: 23:11
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Recepcionista: ELIANE SOARES DA SILVA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 898003475686149

Paciente: 1616048 VANDEILSON DA SILVA
Nascimento: 24/04/1996 (22 Anos e 4 Meses)
Endereco: RUA ALEXANDRE DE GUSMÃO
Bairro: CORDEIRO C.E.P.: 50630-640
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: VANDERLY SILVA
Mãe: ROZELIA SEVERINA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 9304672 - SDS - PE
Telefone: / 94133167
G.Instrução:
Ocupação: COSTUREIRO
Naturalidade: TORITAMA PE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 23/07/2018 - 23:45

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Queixa do paciente:

PCT REFERE ACIDENTE DE MOTO, HÁ CERCA DE 5H,
REFERE DOR EM OMBRO D. REFERE VOMITOS E PERDA DE CONSCIENCIA.
NEGA DEMAIS QUEIXAS.

Exame físico:

EGB
ECG:15
DOR E DEFORIDADE EM OMBRO D.
RX DE OMBRO: FRAT DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA

Hipótese diagnóstica:

TCE
FRAT DE CLAVÍCULA.

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checagem
01 -	DIPIRONA 01 AMP + AD EV
02 -	VOLTAREN 1 AMP IM
03 -	IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA
04 -	SOLICITO AVALIAÇÃO DE CLÍNICO.

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armino Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone:(81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE

Página 1 de 2



