
Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666020

Vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666020

Vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000916**

Conta: **0000024692-0**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 040.007.834-16 4 - Nome completo da vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

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

5 - Nome completo: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR 6 - CPF: 040.007.834-16

7 - Profissão: POLICIAL MILITAR 8 - Endereço: RUA MANOEL DA CUNHA PEDREIRA 9 - Número: 11 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO JOSÉ 12 - Cidade: PALMAREZ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55540-000

15 - E-mail: FERREIRA2013@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (81) 9-9794-8833

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONOMIZA

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 24692
(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) ☐ 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 (vivo/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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, 08/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



560056
0401388/19



POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PALMARES
70ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 070ª CIRCUNSCRIÇÃO - PALMARES -
DP70ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0160001752**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019** às
16:05

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **18/8/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PALMARES, 01, BR 101** - Bairro:
CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DERRAPAGEM (AUTOR \ AGENTE)
PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE (OUTRO)
GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: ELIANE MARIA GOMES DA SILVA Pai: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA
Data de Nascimento: 9/6/1983 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE PALMARES, 11, RUA MANOEL DA C. PEDROSA -
COHAB I - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL

PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA BIZ 110I 2010 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO**
ALCEU FERREIRA CAVALCANTE, que estava em posse do(a) Sr(a): **GESEVALDO**

LEANDRO DA SILVA JUNIORCategoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PDV8331** (PERNAMBUCO/PALMARES) Renavam: **110134207** Chassi:**9C2JC7000GR014305**Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA****Complemento / Observação**

SEGUNDO A VÍTIMA, FAZIA O PERCURSO CENTRO DE PALMARES X QUILOMBO II, QUANDO LOGO APÓS FAZER O RETORNO PARA PEGAR A BR 101, TERIA PERDIDO O CONTROLE DA MOTO, DERRAPADO E CAÍDO. AINDA SEGUNDO A VÍTIMA, APÓS O ACIDENTE, TERIA SIDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES, ONDE TERIA FEITO OS PRIMEIROS SOCORROS. POSTERIORMENTE TERIA IDO PARA CASA, E POSTERIORMENTE IDO PARA O HOSPITAL DA PMPE/CMH, NO DERBY EM RECIFE, ONDE SE SUBMETEU A CIRURGIA NO TORNOZELO DO PÉ ESQUERDO. PRONTUÁRIO 92828. DAÍ SUA VINDA A ESTA DP PARA AS MEDIDAS LEGAIS.

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

Generaldo Leandro da Silva Júnior
GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **KARIM ALVES PIRES** - Matrícula: **221554-3**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 040.007.834-16 4 - Nome completo da vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JÚNIOR

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

5 - Nome completo: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JÚNIOR 6 - CPF: 040.007.834-16

7 - Profissão: POLICIAL MILITAR 8 - Endereço: RUA MANOEL DA CUNHA PEDREIRA 9 - Número: 11 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO JOSÉ 12 - Cidade: PALMAREZ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55540-000

15 - E-mail: FERREIRA2013@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (81) 9-9794-8833

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONOMIZA

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 24692 (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) ☐ 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 (vivo/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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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, 08/11/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



HRP



Data do Atendimento: 18/08/2019 Hora: 11:01:50 PRONTUÁRIO: 92828
No. Atendimento: 897819 Urgência / Emergência Colaborador: DAYANALP
Prioridade: AMARELO - URGENCIA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS: 705804463696834
Nome Social: Sexo: Masculino
Nome: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA
Data de Nascimento: 09/06/1983 Idade: 36 Anos, 2 Meses e 9 Dias C.I.:
País ou responsáveis: ELIANE MARIA GOMES DA SILVA
Endereço: RUA MANOEL DA CUNHA PEDROSA, 11 CASA - COHAB UM/ - 55540000
Cidade: PALMARES Tel.: (81)8611416 Hora do Atendimento: / Hs

Queixa Principal:

Paciente com dor forte no tornozelo esquerdo após queda de moto let

Exame Físico:

A: Geral via aerea esta pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: °

B: Respiratório:

C: Circulatório:

30 mult

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisoconicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score:

Hora:

Score:

Hora:

Score:

Hora:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

QUEDA DE MOTO REFERE DOR EM MIE + ESCORIAÇÕES

Alergia:

Preservação:

NEGA HAS DM E ALERGIAS PA=90/50 MMHG

Evolução de Enfermagem



1/ falar摩托

2/ Análise

3/ necrose de furo CMT

4/ L75 Goda

Alta Melhorada () Alta a Pedido

Encaminhamento ao Ambulatório () Internação

Obito () Outro

Melhorado () Inalterado () Piorado

Médico Carimbo e Assinatura

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00916

CONTA: 000000024692-0

Nr. da Autenticação 92F11629295E60BD

**CELPE**

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

NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Consórcio Energético do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-98 | Ins. Est. 0025943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOYCE RAFAELLY ALVES DE SANTANA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANOEL DA CUNHA PEDROSA 11

CPF: 011.023.234-89 NIS: 13445256453

SAO JOSE/PALMARES
PALMARES PE
55540-000**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	EMISSÃO
079851943	ÚNICA	08/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CONTRATO	Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA
08/10/2018	2012378381	2202405

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7012092150	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
15/10/2019	08/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	175,61

DESCRIÇÃO DA NOVA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,27048070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,46388634	32,46
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	130,0000000	0,68654752	89,26
Consumo Ativo superior a 220 kWh	30,0000000	0,77283057	23,18
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,88
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,48
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,61
ICMS Subvenção-CDE-NF 072194860-08/08/19			0,94
Multa por atraso-NF 072194860-08/08/19			2,14
Juros por atraso-NF 072194860-08/08/19			0,88

TOTAL DA FATURA

175,61

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOVA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
381112881	CAF	08/09/18	15.946,80	08/10/2018	16.238,00	30	1,00000		291,20

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
OUT 18	260
SET 18	236
AGO 18	186
JUL 18	262
JUN 18	191
MAI 18	264
ABR 18	255
MAR 18	243
FEV 18	267
JAN 18	240
DEZ 18	264
NOV 18	257
OUT 18	269

DEMONSTRATIVO DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	158,66	25,00
PIS	158,66	1,28
COFINS	158,66	5,35

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	51,81	29,49%
Transmissão	6,88	3,92%
Distribuição (Cafes)	34,58	19,70%
Perdas de Energia	10,88	6,19%
Energia Comercial	3,32	1,90%
Tributos	52,20	29,80%
Total	158,66	100%

VALORES ESPECÍFICOS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18129402
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130900
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,53287000

DEMONSTRATIVO DE IMPOSTOS

3FB6 45C0 FC84 8B40 E225 0BF 1 6A05 FFF3

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre-se como consumidor para ter acesso aos benefícios da tarifa social de energia elétrica. Para isso, é necessário que o consumidor esteja cadastrado no sistema de atendimento ao cliente (SAC) da CELPE. O cliente deve estar cadastrado no sistema de atendimento ao cliente (SAC) da CELPE. O cliente deve estar cadastrado no sistema de atendimento ao cliente (SAC) da CELPE. O cliente deve estar cadastrado no sistema de atendimento ao cliente (SAC) da CELPE.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre-se como consumidor para ter acesso aos benefícios da tarifa social de energia elétrica. Para isso, é necessário que o consumidor esteja cadastrado no sistema de atendimento ao cliente (SAC) da CELPE. O cliente deve estar cadastrado no sistema de atendimento ao cliente (SAC) da CELPE. O cliente deve estar cadastrado no sistema de atendimento ao cliente (SAC) da CELPE. O cliente deve estar cadastrado no sistema de atendimento ao cliente (SAC) da CELPE.

DEMONSTRATIVO DE IMPOSTOS

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
PALMARES	0,00	5,91	11,82	23,64
PER	0,00	3,46	6,92	13,85
PARS	0,00	3,46	6,92	13,85

Linha CDE: 12,22 USD - Valor de Encargos de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 51,84

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7012092150	10/2019	15/10/2019	175,61

83850000001-6 75610011007-0 01209215010-5 14233174823-3



**CELPE**

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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Consentido Energético do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-98 | Ins. Est. 0025943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOYCE RAFAELLY ALVES DE SANTANA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANOEL DA CUNHA PEDROSA 11

CPF: 011.023.234-89 NIS: 13445256453

SAO JOSE/PALMARES
PALMARES PE
55540-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	EMISSÃO
079851943	ÚNICA	08/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CONTRATO	Nº DA INDICAÇÃO
08/10/2018	2012378381	2202405

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7012092150	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
15/10/2019	08/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	175,61

DESCRIÇÃO DA NOVA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,27048070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,46388634	32,46
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	130,0000000	0,68654752	89,26
Consumo Ativo superior a 220 kWh	30,0000000	0,77283057	23,18
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,88
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,48
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,61
ICMS Subvenção-CDE-NF 072194860-08/08/19			0,94
Multa por atraso-NF 072194860-08/08/19			2,14
Juros por atraso-NF 072194860-08/08/19			0,88

TOTAL DA FATURA

175,61

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOVA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
381112881	CAF	08/09/18	15.946,80	08/10/2018	16.238,04	30	1,00000		291,24

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano kWh
OUT 18 260
SET 18 236
AGO 18 186
JUL 18 262
JUN 18 191
MAI 18 264
ABR 18 255
MAR 18 243
FEV 18 267
JAN 18 240
DEZ 18 264
NOV 18 257
OUT 18 269

DESCRIÇÃO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	DESCRIÇÃO	VALOR	%
ICMS	158,66	25,00	39,66	Geração de Energia	R\$ 51,81	29,40%
PIS	158,66	1,25	2,00	Transmissão	R\$ 6,88	3,92%
COFINS	158,66	5,85	9,32	Distribuição (Celpe)	R\$ 34,58	19,70%
				Perdas de Energia	R\$ 10,88	6,19%
				Energia Solarizada	R\$ 3,32	1,89%
				Tributos	R\$ 52,20	29,70%
				Total	R\$ 168,81	100%

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18129402
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130900
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,53267000

3FB6 45C0 FC84 8B40 E225 0BF 1 6A05 FFF3

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre-se como usuário para poder acessar o sistema de atendimento ao cliente. Para isso, acesse o site www.celpe.com.br e clique em "Cadastro de Usuário". O cliente é responsável por manter o sistema de atendimento ao cliente atualizado. O cliente é responsável por manter o sistema de atendimento ao cliente atualizado. O cliente é responsável por manter o sistema de atendimento ao cliente atualizado.

TIPO DE SERVIÇO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TIPO DE SERVIÇO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7012092150	10/2019	15/10/2019	175,61

83850000001-6 75610011007-0 01209215010-5 14233174823-3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ERICK MOURA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019 739 214, 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JÚNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 040 007 834, 16

do sinistro de DPVAT cobertura 11 MAR DEZ da Vítima GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JÚNIOR

inscrito (a) no CPF sob o Nº 040 007 834, 16, 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>PRACA DALINO FERREIRA LINS E SILVA</u>	Número: <u>06</u>	Complemento:
Bairro: <u>SÃO SEBASTIÃO</u>	Cidade: <u>PALMARIS</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>ERICKMOURA 2013@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>55540-000</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 9794-8833</u>

Local e Data: PALMARIS - PE 11/11/2019

ERICK MOURA DOS SANTOS

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 - SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 - Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE

RG nº 5.730.656, data de expedição 29/08/1996

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 037.937.364-58

com domicílio na cidade de PALMARES, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 21 de onde Nego, nº 126

complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JÚNIOR, cujo o condutor era

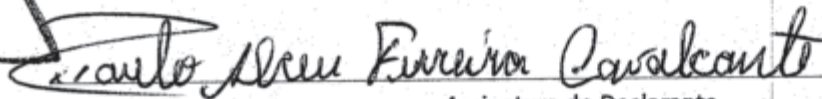
GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JÚNIOR

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: BIZ 110I Ano: 2016

Placa: PDV 0331 Chassi: 9C2J7000GR014305

Data do Acidente: 18/08/2019

Local e Data: _____



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por AUTENTICIDADE (Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de: PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE - Palmares-PE - em: 18/08/2019

Aleione Oliveira da Silva - Substituta Legal - Emol. R\$ 3,59 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,04 Total R\$ 4,43

Selo: 0077560.XVH08201902.00998 05/09/2019 14:56:12

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Fisioterapia

Declaro para os devidos fins, que o paciente Gesbaldo Leandro da Silva Junior, realiza tratamento Fisioterapêutico, nesta instituição CAF - Reabilitação, 2x (vezes) por semana. Para tratar fratura do terço proximal de fíbula e malleolo lateral E, desde 01 de outubro de 2019, até a presente data.

CJD 582.6

Palmares, 05/11/2019

CARIMBO
Dr. [illegible]
CRM: [illegible]
C.R.F. [illegible]
ASSINATURA

Rua Dom Expedito Lopes, nº 211 - São José - Palmares-PE
CEP: 55540-000 - CNPJ: 00.562.279/0001-05



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE FERNANDESSO
DIRETORIA DE SAÚDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
GUARDA DE ALTA HOSPITALAR

Unidade de Internação	Apartamento	Quarto	Leito
DADOS DO PACIENTE			
Nome	Oliveira Manoel S. T. M.		
Responsável	SAME		
Posto/Graduação	SAME		
Diagnóstico de Afecção	Unidade	Sub/Unidade	
NO	NO	NO	
Data da Internação	27/08/12		
Precisa de Acompanhante	SIM	NAO	X
Condição de Alta	Apto	Transferido	LTS
Obito	Atestado Obito	SIM	NAO
Destino do Corpo:			
LTS			
DTS			
LPTS			

MÉDICO-CRIMEPE

Assinatura do Médico-Crimepe: *[Assinatura]* 05/09/12 08h

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

INFORMAÇÕES GERAIS			
Atendimento: 1545459	Data/Hora: 29/08/2019 06:38:57	SENHA: 11	Destino: CENTRO CIRÚRGICO
Especialidade:		Prestador:	
INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE			
SAME: 113523-00	Nome: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR		
Dt. de nasc.: 09/06/1983	Idade: 36 anos, 2 meses	Sexo: M	Estado civil: SOLTEIRO
Nome da mãe: ELIANE MARIA GOMES DA SILVA		Telefone: 81985628318	
Endereço:			
SITUAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
REGULAR			
INFORMAÇÕES SOBRE O TITULAR			
Nome: (O MESMO)			
OME:		Posto/Grad.: SOLDADO DE PRIMEIRA CLASSE	
HISTÓRICO DA DOENÇA			
ANTECEDENTES - INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO			
HAS	⊖	HIST. OP. DE FRATURA DE FÍBULA	
DM	⊖	COM DE ANGELO.	
ALERGIAS	⊖	PA: 130x80mmHg	
		FC: 94 bpm	SP: 100%
EXAME FÍSICO			
EXAMES SOLICITADOS			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA			



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

CMH - PMPE / CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
SERVIÇO DE ENFERMAGEM- CENTRO CIRÚRGICO

NOTA DE SALA DE CURURGIA

PACIENTE: <u>Generaldo Leandro da Silva Jr.</u>		DN: <u>09/06/1983</u>		
SAME N°: <u>113523-00</u>	GRAD: <u></u>	UNIDADE: <u></u>	IDADE: <u>36</u>	
RESPONSÁVEL: <u>O Zoroastro</u>				
SAME: <u></u>	GRAD: <u>Soldado</u>	UNIDADE: <u></u>		
DATA: <u>29/08/19</u>	EMERGÊNCIA: SIM () NÃO (X)	SALA: <u>05</u>		
CIRURGIA: <u>Tto. C.M. de Frat. Fíbula e Tibia</u>		INÍCIO: <u>08:45</u>	TÉRMINO: <u>10:00</u>	
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL () BLOQUEIO () RAQUI (X) PERIDURAL () SEDACÃO () GERAL: ENDOVENOSA () INALATÓRIA () BALANCEADA ()		INÍCIO: <u>08:30</u>	PORTE: <u></u>	
TÉRMINO: <u>10:00</u>				
CIRURGIÃO: <u>DRE Angelo Cortes</u>		NEONATOLOGISTA: <u></u>		
1º AUXILIAR: <u></u>		ENFERMEIRA (O): <u>Andre</u>		
2º AUXILIAR: <u></u>		CIRCULANTE: <u>Carla</u>		
ANESTESISTA: <u>DRE Celia</u>		INSTRUMENTADOR: <u>Cristiano</u>		
TAXA DE EQUIPAMENTOS	HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO	MATERIAL ESPECIAL (OPME)	QUANT.
APRELHO ANESTESIA	08:30	10:00	Ancoma 5.0	02
ASPIRADOR ELETRÔNICO			Botoes para	
ARTROSCÓPIO/ SHAVING			Fechamento de	
BISTURI: () ELETRÔNICO () ULTRASSÔNICO			Sindermorze	
BISTURI: () ARGÔNICO () LIGASURE				
BOMBA: () INFUSÃO () ANNE () SERINGA				
BERÇO AQUECIDO				
BRONCOSCÓPIO				
BOTAS PNEUMÁTICAS				
CEC				
CITOSCÓPIO				
COLCHÃO TÉRMICO				
ENDOSCÓPIO				
FONTE DE LUZ				
GARROTE PNEUMÁTICO				
HISTEROSCÓPIO				
INCUBADORA				
INTENSIFICADOR DE IMAGEM	08:45	10:00	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
LASER			Paciente admitido	
MICROSCÓPIO			no C.C., consciente	
MONITOR C/ OXICAPNÓGRAFIA	08:30	10:00	bem tolera, para	
PAM			submeter-se a	
RESSECTOSCÓPIO/ URETOSCÓPIO			uma cirurgia	
ULTRASSON			com DRE Angelo	
VÍDEOLAPAROSCÓPIO			cortes. Procedimento	
OUTROS:			sem intercorrência.	
GASES MEDICINAIS:				
AR COMPRIMIDO				
CO2				
NITROGÊNIO				
OXIGÊNIO	08:30	10:00		
PROTÓXIDO				
OUTROS:				

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRCULANTE

Angelo Cortes - CRM 11929
Ortopedista / Traumatologista
Cirurgião Tornozelo e Pí



AUT. MS: 1.02.477.0
CNPJ: 60.040.559/0001-19
I.E.: 244.342.263.119
Razão Social: G.M. dos Reis Ind. e Com. Ltda
Av. Plínio Simon de Laplace, 800, Lote 3 Quadra F
CEP: 13069-020 - Campinas/SP - Condomínio Tênis Park
Telefone: +55 19 3765-9900
E-mail: sac@gmreis.com.br

Afixe nos Prontuários / Attach to the Records

NOME TÉCNICO / TECHNICAL NAME:
IMPLANTE PARA LIGAMENTO
LIGAMENT IMPLANT

NOME COMERCIAL / COMMERCIAL NAME:
EXPERT - FIXADOR DE ARTICULAÇÃO
EXPERT - JOINT FIXATION DEVICE

Modelo / Model: EXPERT KNOTLESS-FIXADOR DE ARTICULAÇÃO
EXPERT KNOTLESS - JOINT FIXATION DEVICE KNOTLESS

Código / Code: 312-2000
Lote / Batch: 1838-069

REGISTRO ANVISA Nº: 10247700118
Resp. Téc. Legitimada Habilitado: Osmário M. dos Reis Jr.
CREA/SP: 0662127538

Produto/Dimensão: ANCORTEC COM 02
FIOS E AGULHA Ø 5,0 MM UHMWPE

Código: 103.00850 Lote: A101993-0
Registro ANVISA No.: 10208610066
Validade: 17/10/2023 Fabricação: 18/10/2018



ENGIMPLAN ENG. DE IMPL. IND. COM. LTDA
CNPJ: 67.710.244/0001-39 - Ind. Brasileira
Responsável Técnico: Rosane Maria Moreira Santos
CREA/SP 5062668661



AUT. MS: 1.02.477.0
CNPJ: 60.040.559/0001-19
I.E.: 244.342.263.119
Razão Social: G.M. dos Reis Ind. e Com. Ltda
Av. Plínio Simon de Laplace, 800, Lote 3 Quadra F
CEP: 13069-020 - Campinas/SP - Condomínio Tênis Park
Telefone: +55 19 3765-9900
E-mail: sac@gmreis.com.br

Afixe nos Prontuários / Attach to the Records

NOME TÉCNICO / TECHNICAL NAME:
IMPLANTE PARA LIGAMENTO
LIGAMENT IMPLANT

NOME COMERCIAL / COMMERCIAL NAME:
EXPERT - FIXADOR DE ARTICULAÇÃO
EXPERT - JOINT FIXATION DEVICE

Modelo / Model: EXPERT KNOTLESS-FIXADOR DE ARTICULAÇÃO
EXPERT KNOTLESS - JOINT FIXATION DEVICE KNOTLESS

Código / Code: 312-2000
Lote / Batch: 1838-069

REGISTRO ANVISA Nº: 10247700118
Resp. Téc. Legitimada Habilitado: Osmário M. dos Reis Jr.
CREA/SP: 0662127538

Produto/Dimensão: ANCORTEC COM 02
FIOS E AGULHA Ø 5.0 MM UHMWPE

Código: 103.00850 Lote: A101993-0
Registro ANVISA No.: 10208610066
Validade: 17/10/2023 Fabricação: 18/10/2018



ENGIMPLAN ENG. DE IMPL. IND. COM. LTDA
CNPJ: 67.710.244/0001-39 - Ind. Brasileira
Responsável Técnico: Rosane Maria Moreira Santos
CREA/SP 5062668661



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome do Paciente

GESEVALDO LEANDRO DA SILVA AL

SAME

113523.0

Diagnóstico Pré-Operatório: Lesão Ligamento Deltóide + Fratura Fibra

Intervenção indicada: Reconstrução da Simples mma

Riscos estimados da intervenção, indicado pelo cirurgião antes de operar	☒ Eletiva	Emergência	Paliativa	No caso do risco estimado ser regular ou mau, devem ser dadas as razões na História Clínica.
	1 - Bom	4 - Bom	7 - Bom	
	2 - Regular	5 - Regular	8 - Regular	
	3 - Mau	6 - Mau	9 - Mau	

Cirurgião Dr: Angelo Cortês

Anestesista Dr: Celso

Auxiliares Drs:

Instrumentadores: Cristiano

Circulante:

Data da Intervenção: 29/08/19

Hora início: 900

Fim: 1000

Intervenção Feita: Reconstrução do Deltóide e Simples mma com Ancores e Tightrope + Pnirrons

Anestesia Praticada: Raqui

Diagnóstico Pós Operatório: O mma

Descrição Detalhada da Intervenção (Técnica Operatória, Incisão, Achados, Órgãos Examinados, Órgãos Extirpados, Ligadura, Suturas, Drenos, etc.):

- 1) APH sob Anestesia Raqui
- 2) Anestesia Raqui + Anestesia Espinal
- 3) Incisão lateral, Acesso à Fibra Colocada Tightrope de, os mma fixados com, foi removido e Trocado por um preguço 3,5 mm 45
- 4) Abertura medial, Vascularizado Deltóide Raqui fixado com o 2 preguço 5,0 Ancores 5,0
- 5) Sutura por Mma + Ancores
- 6) Alinhado o Gm

Angelo Cortês - CRM 11929
Ortopedista / Traumatologista
Cirurgia do Tornozelo e Pé



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR / BLOCO CIRÚRGICO

FICHA DE ANESTESIA

SAME: 113523-00

Nome: Geseraldo Leandro da Silva Jr

Idade: 36a

Sexo: ☒ M ☐ F

Estado físico: 1

Data: 29/08/19

Clinica: ortopedia

Urgência: ☐ Sim ☒ Não

Peso real: 106

Peso ideal:

Peso calculado:

Título do Plano:

Posto/graduação:

SAME titular:

OME:

Cirurgia proposta:

Diagnóstico

Fratura
aberta

Doenças associadas

Neg

Medicamentos em uso

Neg

Alergias

Neg

Passado cirúrgico

Não

Complicações:

SÍMBOLOS E
ANOTAÇÕES

AGENTES:

DOSE:

TÉCNICA:

Neoc. fus 0.5%

15mg

Raqui anestesia + sedação

merfind

100mg

0.2%

lido 2% bolus

100mg

RER claro, normotenso

midazolam

0.7mg

citopreno

100mg

dexametasona

10mg

ondansetrona

0.4mg

glaxolina

0.2g IV

dipirona

0.2g IV

efortil

100mg

atropina

0.3mg

OBSERVAÇÕES:

sem intercorrência

CIRURGIA
REALIZADA:

Reconstrução ligamentar de tornozelo D e da
fratura de fíbula

ANESTESISTA:

Lucília

Dra Maria Célia F Costa

CIRURGIÃO: Angelo Cortez

TROCA DE ANESTESISTA:

☒ Não ☐ Sim

CPRE: 415.905.054-49

CRM: 33341/080.2251-51



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICA CIRÚRGICA
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009

PLANTÃO: DIURNO ☒ NOTURNO: () DATA DA ADMISSÃO: 29/08/19 Hora: 11:20h

NOME: Carvalho, Bruno SAME: 123523.02

IDADE: _____ SEXO: () M () F ENFERMARIA: 403 LEITO: 2

PROCEDÊNCIA: () Residência (☒) Setor de origem: 3200 () Outro serviço: _____

ESTADO CIVIL: Casado ESCOLARIDADE: 3. grau comp PROFISSÃO: Tr

RELIGIÃO: Cristianismo

MODO DE CHEGADA: () Deambulando () Cadeira de rodas (☒) Maca

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

CIRURGIA PROPOSTA: Tto em tubula + DATA 29/08/19 HORA DA CIRURGIA: 08:00hs

ALERGIA: (☒) NÃO () SIM () Medicamentos () Soluções () Látex () Alimentos QUAL (IS)? _____

MEDICAÇÃO EM USO: ☒

ANTECEDENTES PESSOAIS: () Cardiopatia () DM () HAS () Tuberculose () Neoplasia () Alteração Psiquiátrica () Asma
() Tabagismo () Etilismo () Uso de droga (último uso _____ dias) () Quimioterapia () Radioterapia () Hemodiálise _____ vezes/dia
() Outros: _____

ANTECEDENTES CIRÚRGICOS: ☒

Há quanto tempo? _____

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: (☒) Bom () Regular () Comprometido () Grave

EMOCIONAL: (☒) Comunicativo () Pouco comunicativo (☒) Calmo () Deprimido () Tenso () Ansioso

SISTEMA NEUROLÓGICO: PUPILAS: (☒) Mióticas () Midríaticas (☒) Isocóricas () Anisocóricas () Fotorreativas
(☒) Reage a estímulos () Não reage a estímulos () Dormindo () Largado (☒) Orientado () Desorientado () Torporoso
() Comatoso

Atitudes: (☒) Colaborativo () Não colaborativo () Agitado () Chorooso (☒) Calmo () Ansioso

CABEÇA E FACE: () Lesão () Deformidades () Seborréico () Presença de parasitas () Edema () Hematoma
() Hemorragia () Processo inflamatório/infeccioso () Outros: _____
() Lesões / local (is): _____

PELE E MUCOSAS: (☒) Normocorada () Hipocorada (☒) Hidratada () Desidratada (☒) Anictérica () Ictérica (☒) Acianótica
(☒) Anasarca () Mosqueada (☒) Íntegra () Lesionada Local: _____
() Descamativa () Rash cutâneo () Petéquias () Hematomas () Vesículas () Flictenas () Queimadura _____ grau
Turgor (☒) Normal () Diminuído () Lesão por pressão (categoria _____) () Outros: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR: PULSO: (☒) Cheio () Filiforme (☒) Rítmico () Arritmico () Taquissígnia () Bradissígnia
(☒) Normotenso () Hipertenso () Hipotenso (☒) Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico
(☒) Edema: (☒) Ausente () Presente Local: _____

REGULAÇÃO TÉRMICA: (☒) Afebril () Subfebril () Hipotermia () Febril () Hiperpirexia

SISTEMA RESPIRATÓRIO: (☒) Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico () BAN () Tiragem () Roncos
() Sibilos () Estertores () Crepantes () Frêmitos () Tosse seca () Tosse produtiva () Expectoração espontânea

Tipos de ventilação: (☒) espontânea/ar ambiente oxigenoterapia: () cateter nasal l/min () cpap %
() Venturi _____ % () TOT nº _____ Outro: _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL: CAVIDADE ORAL: Lesão () Sim (☒) Não Qual? _____

Língua: () Saburosa () Lesão () Outros: _____ Lábios: () Leporino () Cianose /palidez

NUTRIÇÃO: (☒) Na oral () SNE () GTT () SNG Resíduo gástrico: () Claro () Bilioso () Amarelado () Sanguinolento
() Borra de café Volume: _____ ml

ABDOMEN: () Plano (x) Semi-globoso () Globoso (x) Flácido () Ascítico () Distendido () Tenso (x) Indolor
() Doloroso: Local _____ () Timpânico () RHA presentes () RHA ausentes Visceromegalias () Ausente () Presente

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: (x) Normal () Constipação _____ dias () Diarréia: _____ vezes.

Cor: _____ Odor: () Fétido () Característico () Flatos () Outros: _____

SISTEMA GENITURINÁRIO: Diurese: (x) Presente () Ausente (x) Espontânea () Fralda () SVD () Cistostomia
Data de instalação: ____/____/____

Volume: _____ ml () Disúria () Polaciúria () Poliúria **Aspecto:** () Amarelo citrino () Concentrada () Depósito
() Depósito () Hematúria () Outros: _____

SISTEMA OSTEO-ARTICULAR: () Luxações () Fratura () Outros: _____
Local: _____

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO: Mobilidade: (x) Ativa () Passiva **Movimentos Conservados:** () Não (x) Sim

Força Motora: () Não (x) Sim (x) MMSS (x) MMII **Observações:** _____

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA
ESCALA DA DOR

LEVE MODERADA INTENSA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dor: (x) Não () Sim Localização: _____

Grau de Intensidade: () Leve () Moderado () Fraco
Observações: _____

PARÂMETROS CLÍNICOS

PESO: 97 kg **ALTURA:** 1,80 cms

Horário: : h **Temperatura:** °C **Respiração:** rpm **Pulso:** bpm
Tensão Arterial: X mmHg **Frequência Cardíaca:** bpm **HGT:** mg/dL

Dieta zero: _____ **FERIDA OPERATÓRIA:** (x) Limpa (x) Curativo Oclusivo
A partir: ____ hs data: ____/____/____ () Secretiva

OBS: _____ **Aspecto:** msc _____ **RESERVA DE HEMOCOMPONENTES:**
(x) Não () Sim **Material Solicitado:** _____
Quantidade/volume: _____

ACESSO VENOSO () Periférico () Central **DRENOS:** () Sim (x) Não
Local: _____ **Tipo:** _____ **RESERVA DE LEITO EM UTI:**
Aspecto da drenagem: _____ (x) Não () Sim

Data da punção: ____/____/____

USO DE ANTIBIÓTICOS () Não (x) Sim **CLASSIFICAÇÃO SANGÜÍNEA:** _____ **ENCAMINHADO:** () PRONTUÁRIO
INÍCIO: 29/03/19 () EXAMES LABORATORIAIS () RX
Qual (is)? ceftriaxona **FATOR Rh:** _____ () ECG () TC () ECG () TC
() RM () OUTROS: _____

VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE - ETAPA 1 - UNIDADE DE INTERNAÇÃO

(x) Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)
(x) Procedimento cirúrgico confirmado
(x) Jejum confirmado
Tricotomia: () Sim (x) Não, realizará no bloco cirúrgico.
Lesão cutânea: (x) Não () Sim Qual? _____
Higiene corporal com antisséptico: (x) Sim () Não
Cabelos enxutos: (x) Sim () Não
Esvaziamento vesical: (x) Sim () Não
Esvaziamento intestinal: (x) Sim () Não
Uso de gorro, propés e roupa cirúrgica: (x) Sim () Não
Alergia: () Sim (x) Não

Retirada de adornos e piercing: () Sim (x) Não se aplica
Retirada de próteses, lentes, óculos: (x) Sim () Não se aplica
Retirada de roupas íntimas: (x) Sim () Não se aplica
Retirada de esmalte: () Sim (x) Não () Não se aplica
Exames Realizados: () Imagem (x) Laboratoriais
Parecer Cardiológico: (x) Sim () Não
() Termo de Consentimento e Esclarecido e Assinado
() Consentimento anestésico
() Prontuário e exames conferidos e completo (x)
() Consentimento Cirúrgico Sítio/ Lateralidade
Respiração espontânea: (x) Sim () Não
Hipertensão: () Sim (x) Não
Febre nas últimas 24hs: () Sim (x) Não

VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE - ETAPA 2 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO

(Realizada pelo profissional de Enfermagem junto ao maquiador do Centro Cirúrgico)

Paciente confirmado: (x) Sim () Não **Prontuários / exames conferido e completo:** (x) Sim () Não
Paciente mantido em maca com grades elevadas: (x) Sim () Não

Observações: _____

DATA: 28/03/19 **HORA:** 11:30h

ENFERMEIRO/COREN
Solange F. F. F. F.
Enfermeiro
COREN 123456



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

Orlando Leandro de S. M.

02 - Data: 29/08/19

03 - Hora: _____

04 - Nº Prontuário

29/08/19

16h

ORTOPEDIA

Paciente em repouso

fez a tosse e se
intubou

ed. VP17

16h hospital

30/08/19 às 08h a giratória

na rede

Dr. Roberto Passos Barreto
CRM 15.828-0
Médico
CPPE 30.217.194-29

30/08/19 às 13h # enfermagem #

Paciente evolui no 1º DPO de tto paterna física e, ECG,
consciente, orientado, contactivo, repouso no leito,
sonar o nariz, nge dor, AUPME, dieta por
VO, D(+), E(-) pic. Curativo em FO nomeado Sérgio de
Alho.

Adriana G. Couto
RPM-PE 391.363 - ENF

Agua

 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
 CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
 COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
 CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA
 SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
 DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COREN Nº 158/2009

Paciente: Guilherme Mendes Nº: 5155523 Idade: 402.2 Data: 29.08.19

1. ☒ História Antecedente relacionada à: 2. ☒ Estado de consciência 3. ☒ Estado de hidratação 4. ☒ Outros:	1. ☒ Monitorar o estado emocional do indivíduo; 2. ☒ Conversar usando abordagem calma e segura, estabelecendo um vínculo de confiança com o paciente e familiares e estimular a comunicação do paciente; 3. ☒ Realizar procedimentos antes da realização; 4. ☒ Outros:
1. ☒ Alteração respiratória ineficaz; 2. ☒ Risco: Fricção de gases prejudiciais 3. ☒ Alteração de: 4. ☒ Dor 5. ☒ Ansiedade 6. ☒ Sonolência 7. ☒ Desorientação ineficaz das mãos 8. ☒ Perda de sensibilidade prejudicial 9. ☒ Outros:	1. ☒ Elevar decúbito a: () 30° () 60° () 90° 2. ☒ Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório () alteração de saturação, dispnéia, bradonéia, BIAN, etc; 3. ☒ Instalar: () Cateter nasal () Mascarar facial () Venturi () 4. ☒ Registrar evolução do padrão respiratório 5. ☒ Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas: ____/____ h 6. ☒ Anotar: duração do pulso e realizar rodízio de sensores ____/____ h 7. ☒ Realizar oximetria conforme prescrição 8. ☒ Trocar sistema de aspiração em ____/____ h 9. ☒ Outros:
1. ☒ Risco para Aspiração 2. ☒ Relacionamento: 3. ☒ Administração por sondas 4. ☒ Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal 5. ☒ Deglutição prejudicial 6. ☒ Outros:	1. ☒ Avaliar nível de consciência; 2. ☒ Avaliar deglutição prejudicial; 3. ☒ Manter decúbito elevado durante administração de dieta e até 30' após; 4. ☒ Manter ml de aspiração montado; 5. ☒ Instalar dieta testando posicionamento da SNG /SNE; 6. ☒ Solicitar ao serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente 7. ☒ Outros:
1. ☒ Nutrição Alterada: 2. ☒ Para mais () Para menos () 3. ☒ Relacionamento: 4. ☒ Capacidade de ingestão 5. ☒ Capacidade para absorção de nutrientes 6. ☒ Alteração: 7. ☒ Relacionamento: 8. ☒ Outros:	1. ☒ Auxiliar o paciente a se alimentar e monitorar a ingestão; 2. ☒ Solicitar a avaliação do Serviço de Nutrição; 3. ☒ Identificar problemas relacionados com a alimentação; 4. ☒ Orientar sobre a importância da dieta alimentar para a recuperação do paciente 5. ☒ Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente 6. ☒ Posicionar diariamente o paciente em jejum 7. ☒ Outros:
1. ☒ Risco de falha no sistema de infusão 2. ☒ Relacionamento: 3. ☒ Relacionamento: 4. ☒ Relacionamento: 5. ☒ Relacionamento: 6. ☒ Relacionamento: 7. ☒ Relacionamento: 8. ☒ Relacionamento: 9. ☒ Relacionamento: 10. ☒ Relacionamento: 11. ☒ Relacionamento: 12. ☒ Relacionamento: 13. ☒ Relacionamento: 14. ☒ Relacionamento: 15. ☒ Relacionamento: 16. ☒ Relacionamento: 17. ☒ Relacionamento: 18. ☒ Relacionamento: 19. ☒ Relacionamento: 20. ☒ Relacionamento: 21. ☒ Relacionamento: 22. ☒ Relacionamento: 23. ☒ Relacionamento: 24. ☒ Relacionamento: 25. ☒ Relacionamento: 26. ☒ Relacionamento: 27. ☒ Relacionamento: 28. ☒ Relacionamento: 29. ☒ Relacionamento: 30. ☒ Relacionamento: 31. ☒ Relacionamento: 32. ☒ Relacionamento: 33. ☒ Relacionamento: 34. ☒ Relacionamento: 35. ☒ Relacionamento: 36. ☒ Relacionamento: 37. ☒ Relacionamento: 38. ☒ Relacionamento: 39. ☒ Relacionamento: 40. ☒ Relacionamento: 41. ☒ Relacionamento: 42. ☒ Relacionamento: 43. ☒ Relacionamento: 44. ☒ Relacionamento: 45. ☒ Relacionamento: 46. ☒ Relacionamento: 47. ☒ Relacionamento: 48. ☒ Relacionamento: 49. ☒ Relacionamento: 50. ☒ Relacionamento: 51. ☒ Relacionamento: 52. ☒ Relacionamento: 53. ☒ Relacionamento: 54. ☒ Relacionamento: 55. ☒ Relacionamento: 56. ☒ Relacionamento: 57. ☒ Relacionamento: 58. ☒ Relacionamento: 59. ☒ Relacionamento: 60. ☒ Relacionamento: 61. ☒ Relacionamento: 62. ☒ Relacionamento: 63. ☒ Relacionamento: 64. ☒ Relacionamento: 65. ☒ Relacionamento: 66. ☒ Relacionamento: 67. ☒ Relacionamento: 68. ☒ Relacionamento: 69. ☒ Relacionamento: 70. ☒ Relacionamento: 71. ☒ Relacionamento: 72. ☒ Relacionamento: 73. ☒ Relacionamento: 74. ☒ Relacionamento: 75. ☒ Relacionamento: 76. ☒ Relacionamento: 77. ☒ Relacionamento: 78. ☒ Relacionamento: 79. ☒ Relacionamento: 80. ☒ Relacionamento: 81. ☒ Relacionamento: 82. ☒ Relacionamento: 83. ☒ Relacionamento: 84. ☒ Relacionamento: 85. ☒ Relacionamento: 86. ☒ Relacionamento: 87. ☒ Relacionamento: 88. ☒ Relacionamento: 89. ☒ Relacionamento: 90. ☒ Relacionamento: 91. ☒ Relacionamento: 92. ☒ Relacionamento: 93. ☒ Relacionamento: 94. ☒ Relacionamento: 95. ☒ Relacionamento: 96. ☒ Relacionamento: 97. ☒ Relacionamento: 98. ☒ Relacionamento: 99. ☒ Relacionamento: 100. ☒ Relacionamento:	1. ☒ Manter para os sinais de congestão pulmonar () crepitação, dispnéia; 2. ☒ Controlar rigoroso das infusões 3. ☒ Verificar os dados, frequência e aspecto das eliminações 4. ☒ Manter os níveis de ionograma, uréia, creatinina, hemograma, albumina, etc. 5. ☒ Outros:
1. ☒ Risco de déficit de líquidos 2. ☒ Relacionamento: 3. ☒ Relacionamento: 4. ☒ Relacionamento: 5. ☒ Relacionamento: 6. ☒ Relacionamento: 7. ☒ Relacionamento: 8. ☒ Relacionamento: 9. ☒ Relacionamento: 10. ☒ Relacionamento: 11. ☒ Relacionamento: 12. ☒ Relacionamento: 13. ☒ Relacionamento: 14. ☒ Relacionamento: 15. ☒ Relacionamento: 16. ☒ Relacionamento: 17. ☒ Relacionamento: 18. ☒ Relacionamento: 19. ☒ Relacionamento: 20. ☒ Relacionamento: 21. ☒ Relacionamento: 22. ☒ Relacionamento: 23. ☒ Relacionamento: 24. ☒ Relacionamento: 25. ☒ Relacionamento: 26. ☒ Relacionamento: 27. ☒ Relacionamento: 28. ☒ Relacionamento: 29. ☒ Relacionamento: 30. ☒ Relacionamento: 31. ☒ Relacionamento: 32. ☒ Relacionamento: 33. ☒ Relacionamento: 34. ☒ Relacionamento: 35. ☒ Relacionamento: 36. ☒ Relacionamento: 37. ☒ Relacionamento: 38. ☒ Relacionamento: 39. ☒ Relacionamento: 40. ☒ Relacionamento: 41. ☒ Relacionamento: 42. ☒ Relacionamento: 43. ☒ Relacionamento: 44. ☒ Relacionamento: 45. ☒ Relacionamento: 46. ☒ Relacionamento: 47. ☒ Relacionamento: 48. ☒ Relacionamento: 49. ☒ Relacionamento: 50. ☒ Relacionamento: 51. ☒ Relacionamento: 52. ☒ Relacionamento: 53. ☒ Relacionamento: 54. ☒ Relacionamento: 55. ☒ Relacionamento: 56. ☒ Relacionamento: 57. ☒ Relacionamento: 58. ☒ Relacionamento: 59. ☒ Relacionamento: 60. ☒ Relacionamento: 61. ☒ Relacionamento: 62. ☒ Relacionamento: 63. ☒ Relacionamento: 64. ☒ Relacionamento: 65. ☒ Relacionamento: 66. ☒ Relacionamento: 67. ☒ Relacionamento: 68. ☒ Relacionamento: 69. ☒ Relacionamento: 70. ☒ Relacionamento: 71. ☒ Relacionamento: 72. ☒ Relacionamento: 73. ☒ Relacionamento: 74. ☒ Relacionamento: 75. ☒ Relacionamento: 76. ☒ Relacionamento: 77. ☒ Relacionamento: 78. ☒ Relacionamento: 79. ☒ Relacionamento: 80. ☒ Relacionamento: 81. ☒ Relacionamento: 82. ☒ Relacionamento: 83. ☒ Relacionamento: 84. ☒ Relacionamento: 85. ☒ Relacionamento: 86. ☒ Relacionamento: 87. ☒ Relacionamento: 88. ☒ Relacionamento: 89. ☒ Relacionamento: 90. ☒ Relacionamento: 91. ☒ Relacionamento: 92. ☒ Relacionamento: 93. ☒ Relacionamento: 94. ☒ Relacionamento: 95. ☒ Relacionamento: 96. ☒ Relacionamento: 97. ☒ Relacionamento: 98. ☒ Relacionamento: 99. ☒ Relacionamento: 100. ☒ Relacionamento:	1. ☒ Atentar para os sinais de desidratação () hipotensão, taquicardia; 2. ☒ Monitorar SSVV 3. ☒ Iniciar a hidratação oral/venosa 4. ☒ Monitorar e registrar dados, frequência e aspecto das eliminações 5. ☒ Monitorar os níveis de Ht e Hb/hemograma/uréia e creatinina 6. ☒ Outros:
1. ☒ Risco para infecção 2. ☒ Risco para transmissão de 3. ☒ Infecção relacionada à: 4. ☒ Infecção 5. ☒ Infecção 6. ☒ Infecção 7. ☒ Infecção 8. ☒ Infecção 9. ☒ Infecção 10. ☒ Infecção 11. ☒ Infecção 12. ☒ Infecção 13. ☒ Infecção 14. ☒ Infecção 15. ☒ Infecção 16. ☒ Infecção 17. ☒ Infecção 18. ☒ Infecção 19. ☒ Infecção 20. ☒ Infecção 21. ☒ Infecção 22. ☒ Infecção 23. ☒ Infecção 24. ☒ Infecção 25. ☒ Infecção 26. ☒ Infecção 27. ☒ Infecção 28. ☒ Infecção 29. ☒ Infecção 30. ☒ Infecção 31. ☒ Infecção 32. ☒ Infecção 33. ☒ Infecção 34. ☒ Infecção 35. ☒ Infecção 36. ☒ Infecção 37. ☒ Infecção 38. ☒ Infecção 39. ☒ Infecção 40. ☒ Infecção 41. ☒ Infecção 42. ☒ Infecção 43. ☒ Infecção 44. ☒ Infecção 45. ☒ Infecção 46. ☒ Infecção 47. ☒ Infecção 48. ☒ Infecção 49. ☒ Infecção 50. ☒ Infecção 51. ☒ Infecção 52. ☒ Infecção 53. ☒ Infecção 54. ☒ Infecção 55. ☒ Infecção 56. ☒ Infecção 57. ☒ Infecção 58. ☒ Infecção 59. ☒ Infecção 60. ☒ Infecção 61. ☒ Infecção 62. ☒ Infecção 63. ☒ Infecção 64. ☒ Infecção 65. ☒ Infecção 66. ☒ Infecção 67. ☒ Infecção 68. ☒ Infecção 69. ☒ Infecção 70. ☒ Infecção 71. ☒ Infecção 72. ☒ Infecção 73. ☒ Infecção 74. ☒ Infecção 75. ☒ Infecção 76. ☒ Infecção 77. ☒ Infecção 78. ☒ Infecção 79. ☒ Infecção 80. ☒ Infecção 81. ☒ Infecção 82. ☒ Infecção 83. ☒ Infecção 84. ☒ Infecção 85. ☒ Infecção 86. ☒ Infecção 87. ☒ Infecção 88. ☒ Infecção 89. ☒ Infecção 90. ☒ Infecção 91. ☒ Infecção 92. ☒ Infecção 93. ☒ Infecção 94. ☒ Infecção 95. ☒ Infecção 96. ☒ Infecção 97. ☒ Infecção 98. ☒ Infecção 99. ☒ Infecção 100. ☒ Infecção:	1. ☒ Higienização das mãos antes e depois do contato com o paciente 2. ☒ Observar e anotar alterações da SSVV 3. ☒ Verificar presença de sinais flogísticos 4. ☒ Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica 5. ☒ Trocar de equipe e torções em 24/08 6. ☒ Trocar sonda periférica em 02/08 7. ☒ Realizar limpeza adequada no leito e equipamentos 8. ☒ Instalar EPI 9. ☒ Outros:
1. ☒ Risco para dor 2. ☒ Risco para dor 3. ☒ Risco para dor 4. ☒ Risco para dor 5. ☒ Risco para dor 6. ☒ Risco para dor 7. ☒ Risco para dor 8. ☒ Risco para dor 9. ☒ Risco para dor 10. ☒ Risco para dor 11. ☒ Risco para dor 12. ☒ Risco para dor 13. ☒ Risco para dor 14. ☒ Risco para dor 15. ☒ Risco para dor 16. ☒ Risco para dor 17. ☒ Risco para dor 18. ☒ Risco para dor 19. ☒ Risco para dor 20. ☒ Risco para dor 21. ☒ Risco para dor 22. ☒ Risco para dor 23. ☒ Risco para dor 24. ☒ Risco para dor 25. ☒ Risco para dor 26. ☒ Risco para dor 27. ☒ Risco para dor 28. ☒ Risco para dor 29. ☒ Risco para dor 30. ☒ Risco para dor 31. ☒ Risco para dor 32. ☒ Risco para dor 33. ☒ Risco para dor 34. ☒ Risco para dor 35. ☒ Risco para dor 36. ☒ Risco para dor 37. ☒ Risco para dor 38. ☒ Risco para dor 39. ☒ Risco para dor 40. ☒ Risco para dor 41. ☒ Risco para dor 42. ☒ Risco para dor 43. ☒ Risco para dor 44. ☒ Risco para dor 45. ☒ Risco para dor 46. ☒ Risco para dor 47. ☒ Risco para dor 48. ☒ Risco para dor 49. ☒ Risco para dor 50. ☒ Risco para dor 51. ☒ Risco para dor 52. ☒ Risco para dor 53. ☒ Risco para dor 54. ☒ Risco para dor 55. ☒ Risco para dor 56. ☒ Risco para dor 57. ☒ Risco para dor 58. ☒ Risco para dor 59. ☒ Risco para dor 60. ☒ Risco para dor 61. ☒ Risco para dor 62. ☒ Risco para dor 63. ☒ Risco para dor 64. ☒ Risco para dor 65. ☒ Risco para dor 66. ☒ Risco para dor 67. ☒ Risco para dor 68. ☒ Risco para dor 69. ☒ Risco para dor 70. ☒ Risco para dor 71. ☒ Risco para dor 72. ☒ Risco para dor 73. ☒ Risco para dor 74. ☒ Risco para dor 75. ☒ Risco para dor 76. ☒ Risco para dor 77. ☒ Risco para dor 78. ☒ Risco para dor 79. ☒ Risco para dor 80. ☒ Risco para dor 81. ☒ Risco para dor 82. ☒ Risco para dor 83. ☒ Risco para dor 84. ☒ Risco para dor 85. ☒ Risco para dor 86. ☒ Risco para dor 87. ☒ Risco para dor 88. ☒ Risco para dor 89. ☒ Risco para dor 90. ☒ Risco para dor 91. ☒ Risco para dor 92. ☒ Risco para dor 93. ☒ Risco para dor 94. ☒ Risco para dor 95. ☒ Risco para dor 96. ☒ Risco para dor 97. ☒ Risco para dor 98. ☒ Risco para dor 99. ☒ Risco para dor 100. ☒ Risco para dor:	1. ☒ Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor 2. ☒ Administrar analgésicos prescritos 3. ☒ Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição, etc. 4. ☒ Outros:

12/18-29/08

FIXADOR DE ARTIM
ON DEVICE KNOTL

CHRISTIAN

FIXADOR DE ARTIM
ON DEVICE KNOTL

NOME DO PACIENTE: Carminda de Almeida LEITO: 502-2 SAME: 113523-00
PLANTÃO: () DIURNO () NOTURNO Data: 29/08/14 Horário: 11:20 h

Estado Geral: () Bom () Regular () Comprometido () Grave	
Nível de Consciência: () Orientado () Desorientado () Acordado () Sedado () Sonoletoso () Torporoso	
Emocional: () Calmo () Comunicativo () Deprimido () Tenso () Ansioso	
Respiração: () Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico () Espontâneo/ ar ambiente () Cateter de O2 () Outro	
Pele e mucosas: () Normocrorada () Hipocrorada () Hidratada () Desidratada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Aclanótica	
Presença de lesões: () Mancha () Vesícula () Bolha () Equimose ou hematoma () Cicatriz () Escoriação	
Outras:	
Regulação térmica: () Afebril () Febril () Subfebril () Hipotérmica () Hipertérmica	
Pulso: () Rítmico () Arritmico () Taquifímia () Bradifímia	
Pressão Arterial: () Normotensa () Hipotensa () Hipertensa	
Edema: () Ausente () Presente	
Local:	
Eliminações:	
Diurese: () Presente () Espontânea () Ausente () SVD Volume: 06 às 18 h: _____ ml 18 às 06 h: _____ ml	
Evacuação: () Presente () Normal () Ausente () Diarréia _____ vezes Constipação _____ dias	
DIETA: () Hora da última refeição: _____ Prescrição da dieta: Zero () Sim () Não, Qual? _____ Alimentação: () VD () SNG () SNE () Gastrostomia	
Aceitação da dieta: () Boa () Regular () Não aceita	

ESCALA DA DOR	ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA	
LEVE	MODERADA	MUITO
Alergia medicamentosa: () Não () Sim, qual? _____		
Local: _____ Intensidade: _____		
Veredicto: () Sim () Periférica () Central () Não () Jeito hidrolizado Local: <u>na E</u> Data da punção: <u>29/08/14</u>		
Sinais flogísticos: () Não () Sim, qual? () Is? () Local: _____		
ANTIBIÓTICOS: () Sim Início: <u>20.08.14</u> () Não		
FERIDA OPERATORIA: () Não () Sim Local: _____ Aspecto: _____		
Curativo: () Sim () Não <u>Fúcula e flua</u> Local: _____ Aspecto: _____		
Solução utilizada: _____		
ASSINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - N° COREN-PE E CARIMBO		

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		
Confirmação do paciente/ nome completo e número do prontuário) () Sim () Não		
() Prontuário e exames conferidos e completo		
REGIÕES MAIS ACOMETIDAS POR UPP		
NIG CAMINHO DE ENFERMAGEM		
LOCAL	ASPECTO/ COR	SOLUÇÕES
Paciente admitido para internar, sendo do tipo unicef com bronco pneumonia da fúcula e flua. Chegou em mãos prontuário preenchido, logo tudo: Hx(-) SNE(-) e alergias(-) SNE(-) nos cuidados gerais da enfermagem.		

CMH - PMPE
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº

1ª - Via - Profissional
2ª - Via - Família

Paciente: Carla Suello Leonardo Silva Sexo: M F Data Intern.: 1 / 1 / 19 SAME: 25523500 Registro: 111111
Setor de Internação: Geriatria Enfermaria: 202.20 Letto: 1 Apartamento: 1

TIT: ☐ DEP: ☐

DATA: 29 / 08 / 19 ☐ Autorizado acompanhante

MEDICAMENTOS / CUIDADOS	DIA <u>1</u> / <u>1</u> / <u>19</u>		DIA <u>30</u> / <u>08</u> / <u>19</u>		DIA <u>1</u> / <u>1</u> / <u>19</u>		DIA <u>1</u> / <u>1</u> / <u>19</u>	
	HORÁRIO		HORÁRIO		HORÁRIO		HORÁRIO	
1) Dieta livre	5:57		SND					
2) CC 500 ml 1/1	2 ^o		2 ^o					
SF 1000 ml 1/24h	1 ^o 2 ^o		1 ^o 2 ^o					
3) Cascaloteina - 180 10 de 6h	18 30 06	12 18 24 06						
4) Tylen 30 - 100 10 de 6h	18 30 06	12 18 24 06						
5) Tramadol 50 - 10 10 de 6h	18 30 06	12 18 24 06						
SF 1000 ml 1/24h	1 ^o 2 ^o		1 ^o 2 ^o					
6) Prokin 10 - 100 10 de 6h	18 30 06	12 18 24 06						
SF 1000 ml 1/24h	1 ^o 2 ^o		1 ^o 2 ^o					
7) Omeprazol 40 - 10 10 de 6h	18 30 06	12 18 24 06						

Angelo Cortes - CRM 11925
Ortopedista / Traumatologista
Clínica do Idoso e Pe

ASSINATURA DO MÉDICO



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SAME: JJ 35 230 0

Aceitação da dieta: () Boa () Regular () Não aceita

ASSINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - Nº COEN-PE E CARIMBO

LOCAL	ASPECTO/ COR	SOLUCIONES
-------	--------------	------------

LOCAL

COF

DOES



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Fisioterapia

Declaro para os devidos fins, que o paciente Gesbaldo Leandro da Silva Junior, realiza tratamento Fisioterapêutico, nesta instituição CAF - Reabilitação, 2x (vezes) por semana. Para tratar fratura do terço proximal de fíbula e malleolo lateral E, desde 01 de outubro de 2019, até a presente data.

CJD 582.6

Palmares, 05/11/2019

CARIMBO
Dr. Paulo Roberto da Silva
Fisioterapeuta
C.R.F. 123456
ASSINATURA



REQUISICÃO MÉDICA

REQUISIÇÃO MÉDICA		
01 - Nome do Paciente Gerônimo Leandro de Souza	02 - Nº Prontuário 113523	
03 - Nome do Fluter	04 - Nº Prontuário 113523	
05 - Posto/Grad. Militar	06 - OME	07 - Setor Amb. Requisitante
Lesão medula D1V1 Acidente no qual fratura do Tronco cervical foi operado para fixar as fraturas com placas e parafusos e tipo de trauma de alto nível e retornar a todos 04/11/19 CBO 582.6 06/11/19 Assinatura e Carimbo do Médico Dr. Carlos - CRM 1358 Medicina / Traumatologia		
08 - Data	09 - Assinatura e carimbo do médico	
CRM: Praça do Deby, s/nº - Recife - PE, CEP: 52.010-140 Fone: 51(71) 3181-1445/3181-1626		



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE FERNANDESSO
DIRETORIA DE SAÚDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
GUARDA DE ALTA HOSPITALAR

Unidade de Internação	Apartamento	Quarto	Leito
DADOS DO PACIENTE			
Nome	Oliveira Manoel de Jesus		
Responsável	SAME		
Posto/Graduação	SAME		
Diagnóstico de Afecção	Unidade	Sub/Unidade	
NO	100	100	
Data da Internação	27/08/12		
Precisa de Acompanhante	SIM	NAO	X
Condição de Alta	Apto	Transferido	LTS
Obito	Atestado Obito	SIM	NAO
Destino do Corpo:			
LTS			
LPTS			

Comando em Chefe
Com. 15.840
F. 036 271 360

MÉDICO-CRIMEPE

Assinatura do Médico-Crimepe: *[Assinatura]*
Data: 05/09/12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CENTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

OS
GERSEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6448325 SDS PE

CPF
040.007.834-16

DATA NASCIMENTO
09/06/1983

**GERSEVALDO LEANDRO DA S
ILVA
ELIANE MARIA GOMES DA
SILVA**

PERMISSÃO
0000000000

ADO
00000000

CAT. HAB.
AS

SP REGISTRO
02353547430

VALIDADE
23/04/2023

HABILITAÇÃO
16/05/2002

OBSERVAÇÕES
NAS

Gersivaldo Leandro da Silva Junior
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PALMARES, PE

DATA EMISSÃO
08/05/2018


Carlos Andreus Souza Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

**24855494101
PE0855491228**

PERNAMBUCO

DENATRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1566879820

PROIBIDO PLASTIFICAR
1566879820

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CENTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

OS
GERSEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6448325 SDS PE

CPF
040.007.834-16

DATA NASCIMENTO
09/06/1983

**GERSEVALDO LEANDRO DA S
ILVA
ELIANE MARIA GOMES DA
SILVA**

PERMISSÃO
0000000000

ADO
00000000

CAT. HAB.
AS

SP REGISTRO
02353547430

VALIDADE
23/04/2023

HABILITAÇÃO
16/05/2002

OBSERVAÇÕES
NAS

Gersivaldo Leandro da Silva Junior
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PALMARES, PE

DATA EMISSÃO
08/05/2018


Carlos Andreus Souza Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

**24855494101
PE0855491228**

PERNAMBUCO

DENATRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1566879820

PROIBIDO PLASTIFICAR
1566879820

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014805416285
VIA 1 1101342070
RNTRO 2019

PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

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

PE Nº 014805416285 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE

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

WWW.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

PAUMARES-PE

VIA 1 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

DETRAN

DETRAN

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 05.245.008/0001-04

DESTAQUE E COARDE O BILHETE DPVAT ELS Nº 1 DE FORTE OERIGATORIO.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014805416285
VIA 1 1101342070
RNTRO 2019

PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

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

PE Nº 014805416285 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE

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

WWW.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

PAUMARES-PE

VIA 1 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA 037.937.354-58

CHASSI 9C2JC70003R014305

COMBUSTÍVEL GASOLINA

DETRAN

DETRAN

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 05.245.008/0001-04

DESTAQUE E COARDE O BILHETE DPVAT ELS Nº 1 DE FORTE OERIGATORIO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666020 **Cidade:** Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
JUNIOR S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. P.1(COMPROVAÇÃO DE REGISTRO DE ACIDENTE DECLARADO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.4,5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422915/19

Vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

CPF: 040.007.834-16

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ERICK MOURA DOS SANTOS : 019.739.214-80

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

GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR : 040.007.834-16

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: 28/11/2019
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS
CPF: 019.739.214-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ERICK MOURA DOS SANTOS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: CASADO

Profissão: POLICIAL MILITAR

Identidade: 6.448.325

CPF: 040.007.834-16

Endereço: RUA MANOEL CUNHA PEDROSA, 11, COHAB I - PALMARES/PE.

PROCURADOR:

Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: PROFESSOR

Identidade: 3.748.956

CPF: 019.739.214-80.

Endereço: Praça Idalino Ferreira Lins, 06, São Sebastião (feira livre) PALMARES - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.



Palmares 17/09/19
Local e data

Geivaldo Leandro da Silva Junior

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

RECONHECIMENTO DE FIRMAS E PROTESTO DE PALMARES

Titular: RAFAEL GABURRO DADALTO
Telefone: (81) 3661-0881

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por AUTENTICIDADE (Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR. Palmares-PE, em 17/09/2019, em Sávio Rafael Santos da Silva - Escrevente Autorizado.

Emol. R\$ 3,59 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,04 Total R\$ 4,43

Selo: 0077560.CDB09201901.00421 17/09/2019 12:06:46
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401388/19

Vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

CPF: 040.007.834-16

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ERICK MOURA DOS SANTOS : 019.739.214-80

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

GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR : 040.007.834-16

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: 14/11/2019
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS
CPF: 019.739.214-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ERICK MOURA DOS SANTOS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422915/19

Vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

CPF: 040.007.834-16

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ERICK MOURA DOS SANTOS : 019.739.214-80

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

GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR : 040.007.834-16

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: 28/11/2019
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS
CPF: 019.739.214-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ERICK MOURA DOS SANTOS

JULIANA BEZERRA DE LUNA