

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036145

Vítima: JUNIO DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUNIO DA SILVA GOMES

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 joelho 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: JUNIO DA SILVA GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004752

Conta: 000000011752-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

066.117.384-44

JUNIO DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

JUNIO DA SILVA GOMES

066.117.384-44

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

066.117.384-44

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

(81) 9 238-3087

81-9-9246-1861

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4752

CONTA:

000.11752

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Caruaru - PE, 11-12-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0180003166**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/11/2019** às
09:47

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **15/10/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AV. LEÃO DOURADO - CARUARU/PERNAMBUCO**
/BRASIL Próximo a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: KENNEDY -**
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGENTE)
ERIK EDSON DANTAS (OUTRO)
JUNIO DA SILVA GOMES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JUNIO DA SILVA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SINDALVA**
GERCINA DA SILVA GOMES Pai: **JOÃO MANOEL GOMES** Data de Nascimento: **15/08/1987**
Naturalidade: **ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA CARACAS,51 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO**
DE CARUARU, 1 - CEP: 5 - Bairro: CAIUCA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ERIK EDSON DANTAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO**
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ERIK EDSON DANTAS**, que estava em
posse do(a) Sr(a): **JUNIO DA SILVA GOMES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Folha **PCD5787** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **115913832** Classe:



962K02200J0168428

Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018 Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: RENAVAL 1159138325

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE CONDUZIA O VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO PELA VIA INFORMADA, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEÍCULO (AUTOMÓVEL) CRUZOU A SUA FRENTE SAINDO DE UMA VIA SECUNDÁRIA VINDO A MESMA COLIDIR NA LATERAL ESQUERDA O AUTOMÓVEL, OCASIONANDO DANOS MATERIAIS EM AMBOS VEÍCULOS. QUE A VITIMA VEIO A SOFRER FRATURA DO JOELHO ESQUERDO, QUE FOI CONDUZIDA PARA O HRA PELO SAMU E APÓS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERROS, ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA. NÃO TENDO NADA MAIS A DECLARAR.

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

Junio da Silva Gomes
 JUNIO DA SILVA GOMES
 (VITIMA)



B.O. registrado por: DAVID LOPES DOS SANTOS JUNIOR Matrícula: 381036-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

066.117.384-44

JUNIO DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

JUNIO DA SILVA GOMES

066.117.384-44

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

066.117.384-44

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

(81) 9 238-3087

81-9-9246-1861

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4752

CONTA:

000.11752

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Caruaru - PE, 11-12-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIO DA SILVA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04752

CONTA: 000000011752-0

Nr. da Autenticação 518345FE5936C085

NOTA FISCAL: C. PATURA - CONVA DE ENERGIA ELCTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-603
CEP: 10.210-832/0821-04 | fax: 0800943-83 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARCOS LEONARDO DE FARIAS SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CARACAS 51 - A

CPF: 064.743.684-11

CAUCA/CARUARU
CARUARU PE
55034-450

CLASSIFICAÇÃO
E1 - RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

INDAGATORIA	SE	PRERAD
079321803	UNCA	26/08/2019

REQUISITADO	NUMERO DE	DATA INSCRIÇÃO
26/06/2019	2010639413	5211659

COUNTA CONTRATE	DATE INIZIO
7003661967	09/2019
DATA PAGAMENTO	DATA INIZIO PAGAMENTO
03/10/2019	29/10/2019
TOTAL E PAGAR (R\$)	115,38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água(4WR)	124,00000000	8.77952220	96.65
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2.20
Contrib. Ilum. Publica Municipal			2.17
ICMS Subvenção-CCIS-NF 071649347-29/07/19			1.04
Multa por atraso-NF 071649347 - 29/07/19			2.30
Juros por atraso-NF 071649347 - 29/07/19			1.13

TOTAL DA FATURA

115.38

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DATA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
301028862	CAF	28-05-2018	12.860,00	28-06-2018	12.917,00	28	1,00000		129,40

[illegible]

945-2659222 011-81-3-3749-1111

1. **Nome completo:** _____
 2. **CPF:** _____
 3. **Endereço completo:** _____
 4. **Cidade/Estado:** _____
 5. **Telefone:** _____
 6. **E-mail:** _____
 7. **Assinatura:** _____
 8. **Data:** ____/____/____

ATENÇÃO: CÉLULAS NEURONIS QUE NÃO SÃO NEURONIS SÃO NEURONIS

Variable	DF	Sum of Squares	Mean Square	F-Statistic	Pr > F
Intercept	1	10.000	10.000	1.00	0.3769
Age	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Gender	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Marital Status	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Education	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Income	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Health	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Religion	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Occupation	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Residence	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Travel	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Work	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Family	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Friends	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Neighbors	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Community	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Society	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Country	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
World	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Total	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Error	1	0.000	0.000	0.00	0.9823
Total	1	0.000	0.000	0.00	0.9823

Entre los comunicados recibidos por el Observatorio de la Comunicación, el 10 de mayo de 2011, se recibió el siguiente comunicado:

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES					TAXA DE TENDÊNCIA		
	CAPACIDADE	VALOR ATUAL	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	TEMPO NOMINAL (S)	LIMITE DE VARIAÇÃO (S)	
						INFERIOR	SUPERIOR
ENC		11,9	10,1	20,30	220	107	227
ENC		0,00	0,00	0,00			
ENC		0,00	0,00	0,00			

Source: *Deutsche* 1999: 123.

COMPREHENSIVE

22 JAN 2021

PROTOCOLLO
AGENZIA REGISTRO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

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 móveis

DADOS DO CLIENTE

NATHALYA GONCALVES PINHEIRO
CPF: 065.052.624-40 NIS: 20723583409

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANDERSON BARBOSA DE CARVALHO 215 97 AP-304
COND RESID CAMPO NOVO - BLOCO B-07

ROSANOPOLIS/CARUARU
55000-000 CARUARU PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

18/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

32,58

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/11/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/11/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

083833488

CONTA CONTRATO

004008939387

Nº DO CLIENTE

2002815119

Nº DA INSTALAÇÃO

0000667374

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

AE49.64FB.E514.894F.2C99.7672.D618.6738

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19327691	5,79
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	61,00	0,33133185	20,21
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,53
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,52
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
Parcela 6/90 Plano 849001371090			1,06
TOTAL DA FATURA			32,58

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	27,05	0,92	0,24	27,05	4,25	1,14

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,19327691
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,33133185

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
NOV 19	91
OUT 19	88
SET 19	79
AGO 19	82
JUL 19	56
JUN 19	87
MAR 19	50
ABR 19	30
MAR 19	30
FEV 19	30
JAN 19	30
DEZ 18	30
NOV 18	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	15,10	46,44
Transmissão	1,31	4,04
Distribuição (Celpe)	7,97	24,46
Encargos Setoriais	5,78	17,74
Tributos	1,28	3,93
Perdas de Energia	2,51	7,70
TOTAL	27,05	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003182224435	CAT	08/10/2019 400,00	08/11/2019 491,00	31	1,00000	0,00	91,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/12/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CARUARU	0,00	5,97	10,15	25,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	5,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
BUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,84					
Toda Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmácia do trabalhador do rat: r da matriz 50 segundo distrito / farmácia drogamed: rua do vassoural 5
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 27,73.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MAXIMO
220	202	231

ATENDIMENTO MECÂNICO
COMPRESSÃO E PREVENÇÃO SIA
22 JAN 2020
PROTOCOLO
ARRELAÇÃO RECORTADA

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Leonardo Alexandre Coutinho Falcão
inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.173.854-77, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Junio da Silva Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.117.384-44
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Junio da Silva Gomes
inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.117.384-44, 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>Anderson Barbosa de Carvalho</u>	Número: <u>215</u>	Complemento: <u>APT 304 - B7</u>
Bairro: <u>Rosmopolis</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____		CEP: <u>55000-000</u>
		Tel.(DDD): <u>81-9-9248-2292</u>

Local e Data: Caruaru - PE, 12.11.2019

Leonardo A. C. Falcão
Assinatura do Declarante



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JUNIO DA SILVA GOMES	6 - Número do Prontuário 113133			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 701809241198376	8 - Data Nascimento 22/08/1987	9 - Sexo MASCULINO 1	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES	12 - Telefone de Contato 81.994569716			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA CARACAS, 51 (A) - CAIUCA	17 - Cod. IBGE município 2604106	18 - UF PE	19 - CEP	
16 - Município de residência CARUARU				

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos <i>fratura osso perna esquerda após trauma</i>
21 - Condições que justificam a internação
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) <i>RA</i>

23 - Diagnóstico inicial <i>FRATURA OSSOS PERNA E</i>	24 - CID 10 Principais <i>S82.1</i>	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas <i>J04.03.05.0551</i>
--	--	------------------	--

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>Internamento</i>	28 - Código do procedimento <i>0304.19.04.003.5</i>		
29 - Clínica <i>ORT +</i>	30 - Caráter de Internação	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante
33 - Nome do Profissional Solicitante <i>Dr. Sidney Souza Arzoo Ribeiro</i>	34 - Data da solicitação <i>17/10/19</i>	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR
38 - () Acidente de Trabalho trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

22 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

Handwritten signature and date: 17/10/19

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDEMIRO FERREIRA - CARUARU

MÉDICO SOLICITANTE:

MAURICIO ALVES PAES

DATA DA SOLICITAÇÃO:

16/10/19 08:40

Nº SOLICITAÇÃO:

633266

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:

JUNIOR DA SILVA GOMES

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

22/08/1987

Nº DO PRONTUÁRIO:

SEXO:

MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

COD. IBGE MUNICÍPIO:

UF:

PE

CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:

AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:

17/10/19 17:19

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE 4.471

Regulador

MÉDICO REGULADOR:

WILSON FRANCISCO DE BARROS

TIPO LEITO:

CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:

HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

17/10/19 15:02

MÉDICO AUTORIZADOR:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Luís de Jesus Gomes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2 9 2 1 9 5

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 1 3 0 9 1 2 1 1 1 9 8 3 7 6

8 - DATA DE NASCIMENTO

2 2 / 0 8 / 8 7

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Síndia Gouveia da Silva Gomes

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

9 2 4 6 1 8 6 1

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua do do Balança

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Buarque

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tecido em falha após

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

acidente motorista (citrô)

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Necessidade de Exame de Citologia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame de Citologia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Ata Anomalia Social 15.1.2008

Dr. Alexandre Rego
Otorrinolaringologista
CRM 10.111.14500

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_05 - LEITO-02
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 563642 Data: 17/10/2019 Hora: 20:00
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recepc.: DEIVISON NASCIMENTO
Matrícula: 701809241198376
Identidade:
Cartão SUS: 701809241198376

Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES
Nascimento: 22/08/1987 - 32 Anos e 1 Mês
Endereço: RUA CARACAS, 51 A
Bairro: CAIUCA
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: JOAO MANOEL GOMES
Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO
Est. Civil:
C.P.F. 06611738444
Identidade: 8000685 SDS PE
Telefone: 81.994569716
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: ALTINHO

CEP:
UF: PE

Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 633266

Queixa do Paciente:

Don ferus Esquerda

H.D.A.:

ex c/ fraturas ossos ferus Esquerda
após trauma

Exame Físico:

Fraturas ossos PERNA Esq

Fratura

ANA AMOTIM
Assistente Social
CRP 55.4147

Tratamento:

Paciente necessita de Acompanhante

Médico

Maria Katia Dantas
Acompanhante

Bezerros, 17 de outubro de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Iron Alves
CRM-PE 3601

HOSPITAL JESUS PEQUENINO**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**Acomodação: ENFER_05 - LEITO-02
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICAAtendimento: 563642 Data: 17/10/2019 Hora: 20:00
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. IRON ALVES SILVARecep.: DEIVISON NASCIMENTO
Matrícula: 701809241198376
Identidade:
Cartão SUS: 701809241198376Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES
Nascimento: 22/08/1987 - 32 Anos e 1 Mês
Endereço: RUA CARACAS, 51 A
Bairro: CAIUCA
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: JOAO MANOEL GOMES
Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES
Nacionalidade: BRASILSexo: MASCULINO Cor: MORENO
Est. Civil:
C.P.F. 06611738444
Identidade: 8000685 SDS PE
Telefone: 81.994569716
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: ALTINHO

Recepcionista: _____

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo**Alta Hospitalar**

Data: 19/10/19

Médico: _____

Alessandro L. Oliveira
Médico
CREMEPE - 28474

Assinatura / CRM

Observação**Diagnósticos**

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Transferência Hospitalar

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Óbito

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
BEZERROS - PE

Paciente.: JUNIO DA SILVA GOMES (Cod:113133)			
Atendimento: 563642	Idade: 32 ANOS E 1 Mês	Data: 17/10/2019	Convênio: SES - ORTOPEDIA
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA		Leito: ENFER_05 - LEITO-02	
Médico: DR. IRON ALVES SILVA		CRM: 3601	



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
BEZERROS - PE

Paciente.: JUNIO DA SILVA GOMES (Cod:113133)			
Atendimento: 563642	Idade: 32 ANOS E 1 Mês	Data: 17/10/2019	Convênio: SES - ORTOPEDIA
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA		Leito: ENFER_05 - LEITO-02	
Médico: DR. IRON ALVES SILVA		CRM: 3601	

EVOLUÇÃO MÉDICA

LISTA DE PROBLEMAS:
FRATURA OSSOS PERNA E

ANTIBIÓTICOS:

SSVV: PA: ☒ NORMOT. ☐ HIPERT. ☐ HIPOT.	TEMP: ☒ NORMAL ☐ EPISÓDIO DE FEBRE
HGT:	ALERGIA: ☐ NÃO ☐ SIM
NUTRIÇÃO: ☒ VO ☐ SNE ☐ SNG ☐ NPT ☐ GTT ☐ ZERO	ACESSO VENOSO: ☐ NÃO ☒ PERIF. ☐ CENTRAL
EVACUAÇÕES: ☒ SIM ☐ NÃO DIAS	DIURESE: ☒ SIM ☐ NÃO
ÚLCERA DE PRESSÃO: ☐ SIM ☒ NÃO	PROFILAXIA TVP: ☒ SIM ☐ NÃO

QUEIXAS:

ESTAVEL

EXAME FÍSICO

Geral: ☐ EG BOM ☐ EG REGULAR ☐ EG RUIM	☐ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE
☐ EG GRAVÍSSIMO	
☐ FEBRIL ☐ AFEBRIL	☐ NORMOCORADO ☐ HIPOCORADO ☐ HIDRATADO ☐ DESIDRATADO
☐ ANICTÉRICO ☐ ICTÉRICO	☐ EUPNEUCO ☐ DISPNEICO ☐ ALTERAÇÕES
Glasgow + + = PA:	FC: Sat: FR:
Ventilação: ☐ AR AMBIENTE ☐ O2 ☐ CATETER ☐ VENTURI % L/min	☐ TRAQUEOSTOMO
Cardiovascular: ☐ RCR EM 2T; BNS S/SOPROS.	☐ ALTERAÇÕES:
Respiratório: ☐ MV + EM AHT S/RA	☐ ALTERAÇÕES:
Abdome: ☐ PLANO ☐ SEMIGLOBOSO ☐ GLOBOSO ☐ INDOLOR A PALPAÇÃO SEM VMG RHA:	
☐ ALTERAÇÕES:	
Membros: ☐ SEM EDEMA ☐ COM EDEMA:	PERFUSÃO PERIF:
☐ ALTERAÇÕES:	

IMPRESSÃO E CONDUTA:

ACESSO V PERIFERICO

PROFILAXIA T M V P

Médico: DR. IRON ALVES SILVA

CRM:

Iron Alves
CRM: 3601



HOSPITAL
JESUS PEQUENININO



EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 18/10/19

ENF.: _____

NOME: Junio da Silva Gomes

IDADE: _____ Admissão: ____/____/____

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura Osso da perna Esq.

ANTIBIÓTICOS: ϕ

SSV: PA: ☒ NORMOT. () HIPERT. () HIPOT.

TEMP.: ☒ NORMAL () EPISÓDIO DE FEBRE

HGT: _____

ALERGIA: ☒ NÃO () SIM

NUTRIÇÃO: ☒ VO () SNE () SNG () NPT () GTT () Zero ACESSO VENOSO: () NÃO ☒ PERIF. () CENTRAL

EVACUAÇÕES: ☒ Sim () Não DIAS DIURESE: ☒ Sim () Não

ÚLCERA DE PRESSÃO: () SIM ☒ NÃO PROFILAXIA TVP: ☒ Sim () Não

QUEIXAS: Dor em MIE

EXAME FÍSICO:

Geral: () EG BOM ☒ EG REGULAR () EG RUIM () EG GRAVISSIMO

☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE

() FEBRIL ☒ AFEBRIL

☒ NORMOCORADO () HIPOCORADO

☒ HIDRATADO () DESIDRATADO

☒ ANICTÉRICO () ICTÉRICO

☒ EUPNEICO () DISPNEICO

() ALTERAÇÕES: _____

Glasgow ____ + ____ + ____ = 15 PA: _____ FC: _____ Sat: _____ FR: _____

Ventilação: ☒ AR AMBIENTE () O₂ / () CATETER () VENTURI _____ % _____ L/min () TRAQUEOSTOMO

Cardiovascular: ☒ ARCR EM 2T; BNF S\SOPROS. () ALTERAÇÕES: _____

Respiratório: ☒ MV+ EM AHT S\RA. () ALTERAÇÕES: _____

Abdome: () PLANO; ☒ SEMIGLOBOSO; () GLOBOSO; () INDOLOR A PALPAÇÃO SEM VMG; RHA _____

() ALTERAÇÕES: _____

Membros: ☒ SEM EDEMA () COM EDEMA _____ PERFUSÃO PERIF.: _____

() ALTERAÇÕES: _____

IMPRESSÃO E CONDUTA:

em Curativo

D. Jorgelino F. Rodrigues
CRM 23160

Ana Amorim
Assistente Social
CRM 11.14 180721



EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 19/10/19

ENF.: _____

NOME: Júnio da Silva Gomes IDADE: _____ Admissão: ____/____/____

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura Osso da perna Esq.

ANTIBIÓTICOS:

SSVV: PA: ☒ NORMOT. () HIPERT. () HIPOT. TEMP.: ☒ NORMAL () EPISÓDIO DE FEBRE _____

HGT: _____ ALERGIA: (☒) NÃO () SIM _____

NUTRIÇÃO: (☒) VO () SNE () SNG () NPT () GTT () Zero ACESSO VENOSO: () NÃO (☒) PERIF. () CENTRAL

EVACUAÇÕES: (☒) Sim () Não _____ DIAS DIURESE: (☒) Sim () Não _____

ÚLCERA DE PRESSÃO: () SIM (☒) NÃO PROFILAXIA TVP: (☒) Sim () Não

QUEIXAS: Sem queixas no momento

EXAME FÍSICO:

Geral: (☒) EG BOM () EG REGULAR () EG RUIM () EG GRAVISSIMO (☒) CONSCIENTE () INCONSCIENTE

() FEBRIL (☒) AFEBRIL (☒) NORMOCORADO () HIPOCORADO (☒) HIDRATADO () DESIDRATADO

(☒) ANICTÉRICO () ICTÉRICO (☒) EUPNEICO () DISPNEICO

() ALTERAÇÕES: _____

Glasgow ____ + ____ + ____ = ____ PA: _____ FC: _____ Sat: _____ FR: _____

Ventilação: (☒) AR AMBIENTE () O2 / () CATETER () VENTURI _____ % _____ L/min () TRAQUEOSTOMO

Cardiovascular: (☒) RCR EM 2T; BNF S\SOPROS. () ALTERAÇÕES: _____

Respiratório: (☒) MV+ EM AHT S\RA. () ALTERAÇÕES: _____

Abdome: (☒) PLANO; () SEMIGLOBOSO; () GLOBOSO; (☒) INDOLOR A PALPAÇÃO SEM VMG; RHA _____

() ALTERAÇÕES: _____

Membros: (☒) SEM EDEMA () COM EDEMA _____ PERFUSÃO PERIF.: _____

() ALTERAÇÕES: _____

IMPRESSÃO E CONDUTA:

Alta programada para amanhã

Alexandro L. Oliveira
Médico
CREMEPE - 28474

Admissão de enfermagem

Data: 17/10/2019	Turno: NOT	Clinica: CIR	Enfermaria/Leito: 05/02
Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES			
Idade:	Sexo: ☐ (F) ☒ (M)		
Procedente de: ☐ Casa		☒ Outro hospital	☐ Outro setor do HJP
Condições do paciente na chegada a unidade			
☒ Consciente	☐ Inconsciente	☒ Orientado	☐ Desorientado
☐ Sonolento	☐ Torporoso	☐ Sedado	
Pupilas: ☐ Mióticas	☐ Midriáticas	☒ Fotorreagentes	
☐ Não reagentes	☒ Isocóricas	☐ Anisocóricas	
Dicção: ☐ Lenta	☒ Normal	☐ Balbuciada	☐ Afasia
Queixa principal:			
Grau de dependência:	☐ Sem auxílio	☐ Muletas	☒ Cadeira de rodas
☐ Paresia total	☐ Hemiparesia	☐ Plegia total	☐ Hemiplegia
Sinais vitais:	☐ PA mmHg	☐ FC BPM	☐ FR IRPM
Glicemia:	Peso:	Altura:	
Possui úlcera de pressão: ☐ Sim	☒ Não	Obs: Se SIM, preencher a ficha de ferida	
Faz uso de medicação contínua? ☐ Sim	☒ Não	Qual?	
Alergia?	☐ Sim	☒ Não	
Já esteve internado antes? ☐ Sim	☒ Não		
Há quanto tempo?			
Motivo da internação:			
Já submeteu a procedimento cirúrgico? ☐ Sim	☒ Não	Que tipo de procedimento?	
Regulação térmica			
☐ Hipotérmico	☐ Subfebril	☒ Afebril	☐ Febril
Pele			
☒ Normocorada	☐ Hipocorada	☐ Acianótica	☐ Cianótica
☒ Anictérica	☐ Ictérica		
Sistema respiratório			
Oxigenação: ☒ Eupneico	☐ Bradipneico	☐ Taquipneico	☐ Dispneico
Suporte ventilatório			
☐ Intubado com VM	☐ Máscara de Venturi	☐ Cateter de O ₂	☐ Traqueostomizado
☒ Ar ambiente			
Sistema vascular:	☒ Normocárdico	☐ Bradicárdico	☐ Taquicárdico
Acesso venoso:	☒ Periférico	☐ Central	☐ Dissecção
Edema:	☒ Sim	☐ Não	Ritmo cardíaco:
☒ Regular	☐ Irregular		
Pulso:	☒ Cheio	☐ Filiforme	Nível pressórico:
☒ Normotenso	☐ Hipertenso	☐ Hipotenso	
Sistema Gastrointestinal			
Via de Administração da Dieta			
☒ Via oral	☐ SNG	☐ SOG	☐ SNE
☐ Parenteral	☐ Gastronomia	☐ Zero	☐ Aberta
Eliminação			
Evacuações:	☐ Ausente	☒ Presente	
Abdomen			
☒ Normotenso	☐ Tenso	☐ Globoso	☐ Distendido
☒ Semi-globoso	☐ Escavado		
RHA:	☒ Presente	☐ Ausentes	☐ Diminuídos
Sistema Urinário			
Diurese:	☒ Presente	☐ Ausente	☒ Espontânea
☐ SVD	☐ Anúria	☐ Colúria	
☐ Plúria	☐ Oligúria	☐ Disúria	☐ Hematúria
☐ Cistostomia	☐ Estimulo medicamentoso		
Enfermeira (o): STEPHANIE SOUZA COREN-PE 436.330			

Stephanie Francielle V. Souza
COREN-PE 436.330-ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 18/10/2019 Hora: Clínica: ORT Enfermaria/Leito: 05/2

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

Dias de internamento: HD.:

Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐ Gravíssimo

Nível de consciência: ☐ Senil ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado
☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Sob sedação

Interação social: ☒ Cooperativo ☐ Agitado ☐ Depressivo

Sinais Vitais

PA () mmHg FC () BPM FR () IRPM T () °C

Regulação Térmica: ☐ Hipotérmico ☐ Subfebril ☒ Afebril ☐ Febril

Pele: ☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Acinótica ☐ Cianótica ☐ Anictérica ☐ Ictérica

Sistema Respiratório

Oxigenação: ☒ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Bradipnéico ☐ Taquipnéico

Avaliação respiratória/Suporte ventilatório: ☒ Espontânea ☐ O₂ suplementar ☐ Máscara Venturi %

☐ VNI intermitente ☐ Intubado com VM ☐ Traqueostomizado ☐ TQT + VM ☒ Ar ambiente

Dreno Torácico: ☐ Sim ☒ Não Oscilação: ☐ Sim ☒ Não Aspecto de drenagem:

Sistema Vascular: ☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção

Edema: ☐ Sim ☒ Não Pulso: ☒ Cheio ☐ Filiforme

Ritmo cardíaco: ☒ Regular ☐ Irregular

Nível pressórico: ☒ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso

Sistema Gastrointestinal

Via de administração da dieta: ☒ Via oral ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ Aberta
☐ Zero ☐ Gastrotomia ☐ Parenteral

Eliminação: ☐ Ausente ☒ Presente ☐ Diarreico ☐ Constipado dias

Abdomen: ☒ Flácido ☐ Tenso ☐ Globoso ☐ Distendido ☐ Semi-globoso ☐ Escavado

RHA.: ☒ Presentes ☐ Ausentes ☐ Diminuídos

Sistema Urinário

Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente ☒ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Colúria ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Disúria
☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Estimulo medicamentoso

Genitália: ☒ Íntegra ☐ Prejudicada

Queixas principais: SEM QUEIXAS

Observações: PACIENTE SEGUE CLINICAMENTE ESTAVEL. AVP: PERVIL, SEM SINAIS FLOGISTICOS. TORAX: SIMETRICO EM EXPANSÃO BILATERAL PRESERVADA. ABDOMEN: INDOLOR A PALPAÇÃO. SEGUE MCP E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Enfermeira (o): BARBARA TUPINAMBA 470346

Barbara Keleny Tupinamba
Enfermeira
COREN-PE: 470346

Ata Amotim
Residente Social
11/19 Reg 10/21

Verw. **GARY** LITTON
CORRECTIONAL
CORRECTIONAL WE 500892



Hospital Regional L.
JESUS PEQUENININO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Data: 17.10.19	Clínica: ORT	Enfermaria/Leito: 512
Paciente: JUNIOR DA SILVA GOMES		
Idade: 32	Sexo:	
Aparelho Respiratório		
☒ Espontânea	☐ TOT	☐ TQT
☐ Dispneico FR	☐ Suporte de O2	☒ Sem suporte de O2
☐ Cateter de O2	L/min	Máscara de Venturi %
Tosse: ☐ Presente		
Aparelho Cardiovascular		
☒ Normocárdico	☐ Bradicárdico	☐ Taquicárdico
☒ Normotenso	☐ Hipotenso	☐ Hipertenso
Acesso Vascular: ☒ Periférico	☐ Central	☐ Dissecção
Edema: ☐ Sim	☒ Não	Local:
Aparelho Gastrointestinal		
Dieta: ☒ VO	☐ SNE	☐ SNG
☐ Gastrotomia	☐ Jejunostomia	☐ NPT
☐ Zero		
Aceitação da dieta: ☒ Boa	☐ Moderada	☐ Ruim
Evacuação: ☒ Presente	☐ Ausente	Aspecto:
Aparelho Geniturinário		
Genitália: ☒ Preservada	☐ Alterações:	
Diurese: ☒ Presente	☐ Ausente	
Dispositivo Urinário: ☒ Sem dispositivo	☐ SVA	☐ SVD
☐ Uropen		
Aparelho Muscular e Higiene		
Contensão mecânica: ☐ Presente	☒ Ausente	
Fratura: ☒ Presente	☐ Ausente	
Banho: ☐ No leito	☒ De aspeção (banheiro)	
Lesões de pele: ☐ Presente	☒ Ausente	
Outras Informações:		
At 10:00h. Paciente admitido neste setor de ortopedia vindo unido do HRS com fratura de tibia evolui GGR, consciente, orientado afilant, afundos ssuv normais, sem queixas no momento, medicação conforme prescrição médica e segue aos cuidados da equipe.		
Técnico de Enfermagem: Tatiana Santos Lima		
COREN: 775943		

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Data: 18/10/2019 NOTURNA Clínica: ORT Enfermaria/Leito: 05/02

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

Idade: Sexo: ☒ (M) ☐ (F)**Aparelho Respiratório**

☒ Espontânea ☐ TOT ☐ TQT ☒ Eupnéico ☐ Bradpnéico ☐ Taquipnéico
☐ Dispneico FR IRpm ☐ Suporte de O2 ☐ Sem suporte de O2
☐ Cateter de O2 L/min Máscara de Venturi %
Tosse: ☐ Presente ☒ Ausente

Aparelho Cardiovascular

☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso
Acesso Vascular: ☒ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção Localização:
Edema: ☐ Sim ☒ Não Local:

Aparelho Gastrointestinal

Dieta: ☒ VO ☐ SNE ☐ SNG ☐ Gastrotomia ☐ Jejunostomia ☐ NPT ☐ Zero
Aceitação da dieta: ☒ Boa ☐ Moderada ☐ Ruim
Evacuação: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto:

Aparelho Geniturinário

Genitália: ☒ Preservada ☐ Alterações:
Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente
Dispositivo Urinário: ☒ Sem dispositivo ☐ SVA ☐ SVD nº ☐ Uropên

Aparelho Muscular e Higiene

Contensão mecânica: ☐ Presente ☒ Ausente
Fratura: ☐ Presente ☒ Ausente PÓS
Banho: ☐ No leito ☒ De aspeção (banheiro)
Lesões de pele: ☐ Presente ☒ Ausente

Outras Informações:

Paciente evolui estável, consciente, orientado, sem queixas, aferidos ssvv, medicado conforme prescrição medica, segue aos cuidados da enfermagem.

Técnico de Enfermagem: MICAEL SAMPAIO

Micael Sampaio
Téc. Enfermagem
COREN: 1194476

R. 331
Micael Sampaio
Assistente Social
COREN/RS: 4.474

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Data: 19/10/2019	DIURNA	Clinica: ORTO	Enfermaria/Leito: 5/2
Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES			
Idade: 32 A	Sexo: ☒ (M) ☐ (F)		
Aparelho Respiratório			
☒ Espontânea	☐ TOT	☐ TQT	☒ Eupnéico
☐ Dispneico FR	IRpm	☐ Suporte de O2	☐ Bradpneico
☐ Cateter de O2	L/min	☐ Sem suporte de O2	☐ Taquipneico
Tosse: ☐ Presente	Máscara de Venturi %		
☒ Ausente			
Aparelho Cardiovascular			
☒ Normocárdico	☐ Bradicárdico	☐ Taquicárdico	☒ Normotenso
☐ Acesso Vascular:	☒ Periférico	☐ Central	☐ Hipotenso
Edema: ☐ Sim	☒ Não	☐ Dissecção	☐ Hipertenso
Localização:			
Local:			
Aparelho Gastrointestinal			
Dieta: ☒ VO	☐ SNE	☐ SNG	☐ Gastrotomia
☐ Aceitação da dieta: ☒ Boa	☐ Moderada	☐ Jejunostomia	☐ NPT
☐ Evacuação: ☒ Presente	☐ Ausente	☐ Zero	☐ Aspecto:
Aparelho Geniturinário			
Genitália: ☒ Preservada	☐ Alterações:		
Diurese: ☒ Presente	☐ Ausente		
Dispositivo Urinário: ☒ Sem dispositivo	☐ SVA	☐ SVD nº	☐ Uropen
Aparelho Muscular e Higiene			
Contensão mecânica: ☐ Presente	☒ Ausente		
Fratura: ☐ Presente	☒ Ausente		
Banho: ☐ No leito	☒ De aspeção (banheiro)		
Lesões de pele: ☒ Presente	☐ Ausente		

Outras Informações:

PACIENTE EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, CIRURGIADO, REALIZADO CURATIVO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

As 11:40h paciente recebe alta hospitalar.

Técnico de Enfermagem: ALBECARLA SALES

Albécara M. de Sales França
LORRAN-PE 494495-TE

1946
Ana Amorim
Assistente Social
CRP 01/0334

RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JUNIO D SILVA GOMES	NUMERO DO REGISTRO
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO DR. JOSE FELIPE GUEDES	
ANESTESIA RAQUIDIANA	DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 18/10/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUEDO + ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUEDO + ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO + NEUROLISE DO FIBULAR DEBRIDAMENTO DE ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS 3. DEBRIDAMENTO DE ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO 4. INCISAO LATERAL PARA ACESSO AO PLANALTO 5. DIVULSAO POR PLANOS 6. NEUROLISE DO FIBULAR 7. REDUÇÃO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL 8. FIXAÇÃO COM PARAFUSOS 9. BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA 10. LAVAGEM COM S 0,9% 11. SUTURA POR PLANOS 12. CURATIVOS	

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM 21025

Ana Amorim
Assistente Social
CREG/RE: 4.471

18/10/2019
Pg 16/21

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 18/10/19

Anestesia: Raquidiana NB

Nome: Luís da S. Gomes Nº do Registro 113133 Nº. na Clínica: _____
Clínica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 32 Sexo: M Cor: P
Operador: Dr. Felipe Assist.: _____ Anestesista: Dr. Fusaia
Diag. Preop.: Fratura de osso da perna eq Diag. Posop.: o mesmo
Op. Proposta: Fixação Op. Realizada: a mesma
Premedicação: MD32 7mg Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) 1 (AO 1-2-3) 1-2-3-4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO									
AGENTES	N2O	15	30	45	15	30	45	15	30
	O2								
Líquidos ventilados									
PA	120								
V	38								
PULSO	36								
ANES	34								
X	32								
OP	30								
O									
TEMP.	120								
A	100								
ASPIR.	80								
A									
RESPI.	60								
O									
	40								
	20								
Expon.									
Assist.									
Contro.									

ECO RSR RSR
SÍMBOLOS Sol 100% 100%.

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A) Nereuina P 125		Por subcutâneo HCR	
B) Omeprazol 80 mg		intravenoso/direto	
C) Etomidato 1 mg		preparação intravenosa	
D) Oxidrina 10 mg		por via intravenosa 250	
E) Nitroclonaz 40 mg		por via intravenosa	
F) Fentanil 40 mg		por via intravenosa	
G) Oxiprina 2 mg		por via intravenosa	
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARINGEA NASO/OTRAGUEAL - CEGA SAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
SFOG 1			
TOTAL 02		Tempo de Anestesia 1h	
OPERAÇÃO: Fixação			
ANESTESISTA: Dr. Felipe		CIRURGIÃO: Dr. Felipe Guedes Ortopedista CRM: 21025	
		Laringe - Espasmo - Excesso Geom Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" vomito	Hemorragia Antmia Bradí - Taquicardia - Choque
		PERDA SANGÜINEA:	



HOSPITAL JESUS PEQUENINHO

COMANDA 530459

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Junio da Silva Gomes Registro N° 113133
 Apt.: _____ Enfermaria.: 6 Data: 18/10/19
 Cirurgia: Prost. dos ossos da perna Cirurgião: M. Felipe
 Anestesia: Negativa Anestesista: M. Priscila
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Narcas <u>Narcas</u>	<u>01 amp</u>
Adrenalina		Neomicina Pomada	
Água Destilada	<u>01 amp</u>	Nipride	
Atropina		Omeprazol	
Bicarbonato de Sódio		Plasil	
Cediladine		Propofol	
Cisapracure		Prostigmine	
Cloreto de Sódio		Quelicin	
Cloreto de Potássio		Rapifen	
Clindamicina		Ranitidina	
Dramin		Revivan	
Dexametazona Pomada		Ringer c/ Lactato	
Decadron	<u>01 amp</u>	Rocefin 1g	
Diazepan		Servofurano	
Dipirona	<u>02 amp</u>	Sintocinon	
Dimorf 0.1	<u>01</u>	Soro Fisiológico 8mg	<u>500 amp</u>
Dolantina		Soro Glicosado	
Dormonid		Styptanon	
Efortil		Sulfato de Magnésio	
Enxoparina 40mg		Tansamin	
Fenergan		Tenoxican	<u>01 amp</u>
Fentanil Espinhal		Thionembutal	
Fentanil 5ml		Tramal	
Flumazenil		Vitamina K	
Glicose		Voluven	
Gluconato Cálcio		Xylocaina 2% s/a	
Hidrocortizona 100mg		Xylocaina 1% s/a	
Hidrocortizona 500mg		Xylocaina Geléia	
Ipsilon		Xylocaina Spray	
Keflin	<u>01 amp</u>	Xylocaina Pesada	
Ketalar		MEDICAMENTOS	
Lasix		Aguilha desc. 25x7/40x12/0,45x13	<u>03 unid</u>
Manitol		Aguilha de Plexo	
Marcalina c/a		Aguilha Raque	<u>01 unid</u>
Marcalina ale	<u>01 amp</u>	Algodão Hidrófilo	
Methergin		Algodão Ortopédico	
Metronidazol 500mg		Atadura Crepe	<u>15 + 10 = 02 unid</u>

ATA AMPLIADA
Assinatura do Cirurgião
Assinatura do Anestesista
Assinatura do Enfermeiro



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
BEZERROS - PE

Paciente.: JUNIO DA SILVA GOMES (Cod:113133)			
Atendimento: 563642	Idade.: 32 Anos e 1 Mês	Data: 17/10/2019	Convênio.: SES - ORTOPEDIA
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA		Leito: ENFER_05 - LEITO-02	
Médico: DR. IRON ALVES SILVA		CRM: 3601	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALERGIA:	☐ SIM ☒ NÃO	HGT:	☐ SIM ☒ NÃO	
COMORBIDADE:	☐ SIM ☒ NÃO			
HGT	12	18	00	06
PA	12	18	00	06 120x80
TEMPERATURA	12	18	00	06 36,1°C
				HORÁRIOS
DIETA	BRANDA			
2	HIDRATAÇÃO:			
	JELCO HIDROLISADO			
3	ANTIBIÓTICO:			
4	PROFILAXIA:			
	HNF 5000UI 0,25ML SC 12/12H ACM			
5	SINTOMÁTICOS/CORREÇÃO			
	PLASIL 1 AMP + AD EV 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	SN		
	TRAMAL 50MG 1 AMP+100ML SF 0,9% EV 12/12H SE DOR REFRACTÁRIA	SN		
	ATENSINA 0,1MG 1 COMP VO SE PAS > 165 e PAD>110	SN		
	KCL 19,1% 2 AMP + SF 0,9% 200ML EV CORRER EM 3H	ACM		
	NBZ: Berotec _____ gotas + Atrovent _____ gotas + SF 0,9% _____ ml 20/20' _____ x de _____ / _____ h	ACM		
	HIDROCORTISONA 100MG + AD EV 8/8H ACM	ACM		
	DIPIRONA 1 AMP +AD EV 6/6H			
6	PENDÊNCIAS:			
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
	HGT 6/6H			
	CURATIVO DIÁRIO			
	FISIOTERAPIA			
	SSVV 6/6H + CUIDADOS GERAIS			
	MONITOR CARDIACO+PNI+OXIMETRIA DE PULSO ACM			
	AVM (O2 + AR COMPRIMIDO) SN			
	OXIGENATERAPIA POR			
	ASPIRAÇÃO DE VAS - 4/4H Q/N			
	Insulina Regular conforme HGT SC: 70-150: 0 UI / 151-200: 2UI / 201-250: 4 UI / 251-300: 6 UI 301-350: 8UI / 351-400: 10 UI > 400: 12 UI (avisar plantonista)			
	Se HGT <70mg/dl FAZER 05 AMPOLAS DE GLICOSE 50% IV EM BOLUS			
	BANHO NO LEITO 5X AO DIA COM SOAPEX/ALGODÃO/PRODERME/DERMODEX/TROCA DE FRALDA			
	01 LUVAS ESTERIL + 01 PACOTE GASE + 10ML DE			

Ana Amorim
Assistente Social
CRESP/PE nº 1719

17/10/2019

17/10/2019

Iron Alves
CRM/PE 3601

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 22/10/2019 11:54

Atendimento: 563642 Entrada: 17/10/2019 Hora: 20:00
Plano: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico Resp: DR. IRON ALVES SILVA

Saída: 19/10/2019 Hora: 11:40
Matrícula: 701809241198376
Identidade:
C.N.S.: 701809241198376

Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES
Nascimento: 22/08/1987 (32 Anos e 2 Meses)
Endereço: RUA CARACAS
Bairro: CAIUCA C.E.P.:
Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: JOAO MANOEL GOMES
Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO
Estado Civil:
C.P.F.: 06611738444
Identidade: 8000685 - SDS - PE
Telefone: / 994569716
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: ALTINHO

Em: 17/10/2019 - 21:02 CLINICA MEDICA (Dr. DR. IRON ALVES SILVA CRM 3601)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

38 - 10 - 19

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO

HGT: ☐ SIM ☒ NÃO

COMORBIDADE: ☐ SIM ☒ NÃO

HGT	12	18	00	06
PA	12	18	00	06
TEMPERATURA	12	18	00	06

HORÁRIOS

DIETA	BRANDA
2	HIDRATAÇÃO: JELCO HIDROLISADO
3	ANTIBIÓTICO:
4	PROFILAXIA: HNF 5000UI 0,25ML SC 12/12H ACM
5	SINTOMÁTICOS/CORREÇÃO PLASIL 1 AMP + AD EV 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS SN TRAMAL 50MG 1 AMP+100ML SF 0,9% EV 12/12H SE DOR REFRATÁRIA SN ATENSINA 0,1MG 1 COMP VO SE PAS > 165 e PAD>110 SN KCL 19,1% 2 AMP + SF 0,9% 200ML EV CORRER EM 3H ACM NBZ: Berotec ____ gotas + Atrovent ____ gotas + SF 0,9% ____ ml 20/20' ____ x de ____ / ____ h ACM HIDROCORTISONA 100MG + AD EV 8/8H ACM ACM DIPIRONA 1 AMP +AD EV 6/6H

6 PENDÊNCIAS:

7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

HGT 6/6H
CURATIVO DIÁRIO
FISIOTERAPIA
SSVV 6/6H + CUIDADOS GERAIS
MONITOR CARDIACO+PNI+OXIMETRIA DE PULSO ACM

Dr. Iron Alves Silva
CRM 3601

Reinaldo Cristóvão da Silva
COREN-PE - 1111614-TC

André Amador
Assistente Social
CRP 01/19

12/10/19



Hospital Regional
JESUS PEQUENO

NOME: *João da Silva*

REGISTRO: *113.133*

PRESCRIÇÃO	18/10/2019	19/10/2019	20/10/2019
DIETA POR VO APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	<i>Gerente</i>		
SFO, 9% 1000 ML EV EM 24HS	<i>P. J. P. F.</i>		
CEFALEXINA 500MG + AD EV DE 6 EM 6HS	<i>P. J. P. F.</i>		
DIRIPONA 01G + AD EV DE 6/6HS	<i>P. J. P. F.</i>		
TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% EV DE 8/8HS S/N			
NAUSEDRON 01FA + AD EV DE 8/8HS S/N			
SSVV+ CCGG	<i>Roune</i>		

Ob: *140x70* *36°C*

Dr. Paulo Sérgio
Coordenador de
Atendimento
19/10/2019

Flávia Fátima
Coordenadora de
Atendimento
19/10/2019

Ana Amorim
Assistente Social
CRSS/PEL 3471
19/10/2019

Dr. Felipe Gomes
Otorrinolaringologista
19/10/2019

19/10/19 Alta hosp pr Talar

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_05 - LEITO-02
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 563642 Data: 17/10/2019 Hora: 20:00
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recepç.: DEIVISON NASCIMENTO
Matricula: 701809241198376
Identidade:
Cartão SUS: 701809241198376

Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES
Nascimento: 22/08/1987 - 32 Anos e 1 Mês
Endereço: RUA CARACAS, 51 A
Bairro: CAIUCA CEP:
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU UF: PE
Pai: JOAO MANOEL GOMES
Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO
Est. Civil:
C.P.F.: 06611738444
Identidade: 8000685 SDS PE
Telefone: 81.994569716
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: ALTINHO

Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 633266

Queixa do Paciente:

Don perur Esquerda

H.D.A.:

cc. c/ fraturas ossos perur Esquerda
após trauma

Exame Físico:

fraturas ossos perna Esq

"fratura"

Tratamento:

Paciente necessita de Acompanhante
Médico
Maria Katia Dantas
Acompanhante

Bezerros, 17 de outubro de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Iron Alves
CRM-PE 3601

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 1 8 0 9 1 2 4 1 1 9 8 3 7 6

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/08/87

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Síndea Gerson da Silva Gomes

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

9 2 4 6 1 8 6 1

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua do Rio de Janeiro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Camamu

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

PRÉENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



**SAMU
192**

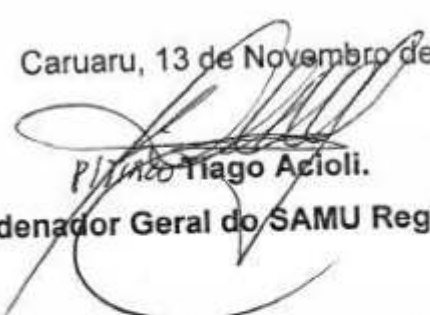


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **JUNIO DA SILVA GOMES** portador do RG: 8.000.685 SDS-PE e CPF: 066.117.384-44, que consta nos registros de ocorrências Nº1909170131 do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 15/10/2019 às 11h e 59min, no endereço **AVENIDA LEÃO DOURADO, VILA KENNEDY, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO MOTO X CARRO** tendo sido enviada **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo o mesmo removido em seguida para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 13 de Novembro de 2019.


Plínio Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 13/11/19


Junio da Silva Gomes

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

DIAGNÓSTICO
→ Vaginite / 200 + 1500 E. J. 10/10

Dr. TIAGO PEREIRA MORAES
MÉDICO RACIANDO-ORL-000000000
CRM: 22885-2 - RJ

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.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadui-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES/SUS/PE

RECEITUÁRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

EVOLUÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS

INTERNAMENTO

DATA ter, 15 de outubro de 2019 ASSINATURA DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SOLICITO:

RADIOGRAFIAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ COLUNA CERVICAL AP/PERFIL | ☐ COLUNA DORSAL AP/PERFIL | ☐ COLUNA LOMBAR AP/PERFIL |
| ☐ OMBRO AP/AXILAR E P-ESCAP | ☐ TÓRAX AP/PERFIL | ☐ ARCOS COSTAIS AP/OBLIQUO |
| ☐ BRACO AP/PERFIL | ☐ COTOVELO AP/PERFIL | ☐ ANTEBRAÇO AP/PERFIL |
| ☐ PUNHO AP/PERFIL | ☐ MÃO AP/OBLIQUO | ☐ BACIA AP/LÖWENSTEIN |
| ☐ BACIA ALAR/OBTURATRIZ | ☐ QUADRIL AP/LÖWENSTEIN | ☐ COXA AP/PERFIL |
| ☐ JOELHO AP/PERFIL | ☐ JOELHO AXIAL DE PATELA | ☐ PERNA AP/PERFIL |
| ☐ TORNOZELO AP/PERFIL/MORTISE | ☐ PÉ AP/OBLIQUO | ☐ CALCANHAR PERFIL |
| ☐ CLAVICULA AP/ZANCA | | |

DATA ter, 15 de outubro de 2019 ASSINATURA DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

SOLICITO:

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

IMOBILIZAÇÃO

- | | |
|---|---|
| ☐ VELPEAU DE CREPOM | ☐ TALA ANTEBRAÇO/PALMAR (LIVA) |
| ☐ VELPEAU VERÃO (TÍPICA AMERICANA) | ☐ TALA ANTEBRAÇO/OMOMANUAL (GARRAFA) |
| ☐ TÍPICA SIMPLES | ☐ TALA BRACIAL (AXILOPALMAR) |
| ☐ COLAR CERVICAL | ☐ TALA PINÇA DE CONFITEIRO |
| ☐ TALA SUROPODÁLICA (BOTA) | ☐ TALA METÁLICA PARA DEDOS |
| ☐ TALA INGUINOPEDALAR (TUBO) | ☐ ADESIVAGEM/ESPARADRAPEM |
| ☐ TALA INGUINOPODÁLICA | ☐ APARTELO GESSADO TÍPICO |
| ☐ TALA HEMIPELVEOPODÁLICA (SPICA) | ☐ OUTRO: |

DATA ter, 15 de outubro de 2019 ASSINATURA DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

- | | |
|---|--|
| ☒ HEMOGRAMA | ☐ COAGULOGRAFIA |
| ☒ UREIA | ☐ CREATININA |
| ☒ TGO | ☐ TGP |
| ☒ GLICEMIA DE JEJUM | ☐ HEMOGLOBINA |
| ☐ HEMATÓCRITO | ☐ SUMÁRIO DE URINA |
| ☐ UROCULTURA | ☐ HEMOCULTURA |
| ☐ CULTURA DE SECREÇÃO | ☐ PROTEÍNA CREATININA |
| ☐ VELOC. HEMOGLOBINOMETRIAÇÃO | ☐ OUTROS: |

ASSINATURA DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

LEGENDA: "E": ESQUERDO, "D": DIREITO, "X": NÃO SE APLICA, "A": AMBOS

NECESSIDADE DE PARECER CARDIOLÓGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

PARECER CARDIOLÓGICO

HD: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

ASSINATURA DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



Junio da Silva Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 8.000.685 DATA DE EXPEDIÇÃO: 29/11/2013

NOME: << JUNIO DA SILVA GOMES >>

FILIAÇÃO: << JOÃO MANOEL GOMES >>
<< LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES >>

NATURALIDADE: ALTINHO - PE DATA DE NASCIMENTO: 22/08/1987

DOC. ORIGEM: << CN.11970 L.11-A F.190V CART. ALTINHO-PE 15.10.1988 >>

CNPJ: 066.117.384-44

LETRA 7 11812 200000

Delegado de Polícia/Geral 15.680 - 3023

COMPREV
COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A
22 JAN 2020
PROTOCOLO
FÓRÇA REGISTRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8409600049 MT PE

CPF **011.173.854-77** DATA NASCIMENTO **13/09/1982**

PERMISÃO **01** CAT. HAB **AJ**

IGNACIO LUIZ FALCAO
LEONOR COUTINHO FALCAO

Nº REGISTRO **02099243310** VALIDADE **04/10/2023** HABILITAÇÃO **09/12/2001**

OBSERVAÇÕES
CETVE
KAK

Leonardo A. C. Falcao
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **CARUARU, PE** DATA EMISSÃO **30/10/2018**

Charles Anderson Santa Rosa
Charles Anderson Santa Rosa
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1683787454

PROBANDO PLASTIFICAR
1683787454



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014485646765
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1159130326 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
ERIK EDSON DANTAS

CARUARU-PE 0

CPF / CNPJ
710.036.684-45

PLACA
PCD5787

PLACA ANT / UF
***** / PE

CHASSI
9C2KC2200JR165438

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA / CG 160 FAN

ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2018

CAP / POT / CIL
2 F / 162 CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA
1ª *****

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
80.11

IOF (R\$)
0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)
84.58

DATA DE PAGAMENTO
20/03/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

CARUARU

Roberto Carlos

DATA
15/04/19

Roberto Carlos Moreira Pontalles

DIRETOR PRES

DELEGADO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014485646765 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ERIK EDSON DANTAS

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

CARUARU-PE 0
EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/04/19

VIA 1 CPF / CNPJ 710.036.684-45 PLACA 9CD5787

RENAVAM 1159130326 MARCA / MODELO HONDA / CG 160 FAN

ANO FAB. 2018 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KC2200JR165438

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 20/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTA OBRIGATORIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036145 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 15/10/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: Junio da Silva Gomes

portador(a) do documento de identidade nº: 8.000.685, expedido por SOS, em 29/11/2013, inscrito no CPF sob o nº: 066.117.384-44,

residente: Rua Caracas, nº: 51 complemento: _____,

Bairro: Cauca, cidade: Caruaru, Estado PE.

2. OUTORGADO: Bernardo Alexandre Coutinho Falcão

portador(a) do documento de identidade nº: 840960009, expedido por MT-PE, em 30/10/2018, inscrito no CPF sob o nº: 011.173.854-77,

residente: Anderson Barbosa de Carvalho, nº: 215 complemento: AP 304-B7

Bairro: Ressompolis, cidade: Caruaru, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO** da vítima:

Junio da Silva Gomes Acidente ocorrido no dia 15/10/2019, do sinistro de DPVAT da natureza Imprudência.

13 de Novembro de 2019



OUTORGANTE:

Junio da Silva Gomes

(reconhecer firma por autenticidade)



3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bel. CARLOS TOJIBRO

R. dos Expedientes, 102 - Nossa Senhora dos Dóres - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3722-4723 - Fax: (81) 3721-2118

Reconheço, por autenticidade, a firma de: JUNIO DA SILVA GOMES. Em testemunho de verdade. Dou fé. Caruaru/PE, 13/11/2019 - 10:43:52

NEIDE MARIA DOS SANTOS (Substituta)

EMOLUMENTOS: R\$3,51, TSNR: R\$0,80, FERC: R\$0,40,
FUNSEG: R\$0,08, FERM: R\$0,04, ISS: R\$0,08,
TOTAL: R\$4,81. Operador: 38



Selo: 0073718.BDP11201901.01840



Consulte Autenticidade em: www.3onotario.com.br / Notário



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030577/20

Vítima: JUNIO DA SILVA GOMES

CPF: 066.117.384-44

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JUNIO DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO : 011.173.854-77

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

JUNIO DA SILVA GOMES : 066.117.384-44

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: 22/01/2020
Nome: LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO
CPF: 011.173.854-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036145

Vítima: JUNIO DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUNIO DA SILVA GOMES

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