

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200389076

Vítima: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Data do Acidente: 21/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000061807-0

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: <b>Barbina Braz</b> CRM 11 825	MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	

CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA

SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:

PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:
EXAMES ACOMPANHADOS:
CONDUTAS REALIZADAS:
SINAIS VITAIS: A: ____ / ____ mmHg Temp. ____ °C
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) OU ASSISTIDA ( )
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA

EU, \_\_\_\_\_  
RG Nº \_\_\_\_\_ ORG. EXP. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
NA CONDIÇÃO DE: ( ) PACIENTE/ ( ) ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,  
ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO  
MÉDICO ENCAMINHADOR.

PROTÓCOLO

# 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: 718585034-77 4 - Nome completo da vítima: Jose Nairson Rodrigues da Cunha

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

5 - Nome completo: Jose Nairson Rodrigues da Cunha 6 - CPF: 718585034-77

7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: R. Maria Isabel

11 - Bairro: Avença 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640-000

15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): (81) 9668-4814

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_

19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

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

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 61807

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 nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - \_\_\_\_\_

35 - Nome legível de quem assina a 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: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: Gravata, 28/09/20

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jose Nairson Rodrigues da Cunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

**FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES**

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: <b>Barbina Braz</b> CRM 11 825	MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	

**CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA**

SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:

**PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM**

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:
EXAMES ACOMPANHADOS:
CONDUTAS REALIZADAS:
SINAIS VITAIS:
A: ____ / ____ mmHg    Temp. ____ °C
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) OU ASSISTIDA ( )
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA**

EU, \_\_\_\_\_  
 RG Nº \_\_\_\_\_ ORG. EXP. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 NA CONDIÇÃO DE: ( ) PACIENTE/ ( ) ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,  
 ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO  
 MÉDICO ENCAMINHADOR.

15/01/2020  
**PROTOCOLO**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0152002326**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2020** às **10:48**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **21/6/2020** às **11:07**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

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

**JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ DIMAS Pai: NAGIO RODRIGUES DA CUNHA** Data de Nascimento: **28/2/2001** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, SÍTIO MARIA IZABEL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NAGIO RODRIGUES DA CUNHA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSÉ RODRIGUES DA CUNHA FILHO Pai: ANA PAULINA DA SILVA** Data de Nascimento: **7/3/1972** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA DE PLACA PGD7731 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD7731 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

O SR. NAGIO, PAI DA VITIMA, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PGD7731, QUANDO UM CACHORRO AVANÇOU EM DIREÇÃO A MOTOCICLETA, JOSÉ NAVISON ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA, E COMO O CONDUTOR (SEU GENITOR) SE DESEQUILIBROU, JOSÉ CAIU AO SOLO, SOFRENDO ALGUNS FERIMENTOS NO PÉ ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA EM CARUARU.



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

*José Navison Rodrigues da Cunha*

**JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA**

(VITIMA)

*Nágio Rodrigues da Cunha*

**NÁGIO RODRIGUES DA CUNHA**

(AUTOR | AGENTE)

B.O. registrado por: **MILKAINE LIMA DA SILVA** - Matrícula: **2730588**

*ML*



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

**FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES**

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: <b>Barbina Braz</b> CRM 11 825	MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	

**CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA**

SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:

**PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM**

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS: A: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg Temp. \_\_\_\_ °C

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) OU ASSISTIDA ( )

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA**

EU, \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ ORG. EXP. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 NA CONDIÇÃO DE: ( ) PACIENTE/ ( ) ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,  
 ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO  
 MÉDICO ENCAMINHADOR.

15/01/2020  
**PROTOCOLO**



# 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: 718585034-77 4 - Nome completo da vítima: Jose Nairson Rodrigues da Cunha

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

5 - Nome completo: Jose Nairson Rodrigues da Cunha 6 - CPF: 718585034-77

7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: R. Maria Isabel 9 - Número: 700 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Avenca 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640-000

15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): (81) 9668-4814

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 61807 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu 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.

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 (vel nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 \_\_\_\_\_ 35 - Nome legível de quem assina a 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: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_ 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: Gravata, 28/09/20 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jose Nairson Rodrigues da Cunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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: 13/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000061807-0

---

Nr. da Autenticação 9322E50F7D510B5E



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

# NOTA FISCAL DE FATURA DE CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-907  
CNPJ 10.826.932/0001-08 | Ins. Est. 000943-03 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA  
PRÓX A FAZENDA CASCAVEL

CPF: 765.976.834-20 NIS: 18643337489

## CLASSIFICAÇÃO

B1 - RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI MARIA IZABEL 700

MARIA IZABEL AVEIÇA  
GRAVATA PE  
55840-000

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	VALOR
119250811	01/08/2020	10,08/2020
DATA DE EMISSÃO	Nº DA LEITURA	Nº DA INSTALAÇÃO
10/08/2020	2001178758	1302806

CONTA CONSUMO	PERÍODO
2017717017	08/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
17/08/2020	09/09/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	48,79

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10953020	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,18778605	13,14
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16,0000000	0,28184800	4,50
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,08205398	2,46
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,18254868	12,78
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	16,0000000	0,34082454	5,45
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,74
Multa por atraso NF 118893498 - 20/07/20			1,88
Juros por atraso NF 118893498 - 20/07/20			0,09
Atualização IGPM NF 118893498 - 20/07/20			0,20

## TOTAL DA FATURA

48,79

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
118893498	2.4.1	08/07/2020	38.901,00	10/08/2020	39.027,00	31	1,00000		126,00

## RESUMO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
AGO 20 178	
Jul 20 188	
Jun 20 182	
Mai 20 184	
Abr 20 180	
Mar 20 188	
Fev 20 188	
Jan 20 179	
Dez 19 181	
Nov 19 213	
Out 19 188	
Set 19 175	
Ago 19 184	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	30,00	1,47
PIS	30,00	1,47
COFINS	30,00	1,47

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Geração de Energia	15,80	41,34%
Transmissão	2,30	5,12%
Distribuição (Custos)	12,53	30,29%
Perdas de Energia	4,00	10,36%
Energia Saturada	0,50	1,25%
Tributos	2,37	6,11%
Total	36,80	100%

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter informações sobre a tarifa social, consulte o site da CELPE ou ligue para 0800-000000. A tarifa social é destinada aos consumidores de energia elétrica que possuem renda familiar mensal de até R\$ 220,00 e que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica. A tarifa social é aplicada apenas aos consumidores que possuem o NIS cadastrado e que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica. A tarifa social é aplicada apenas aos consumidores que possuem o NIS cadastrado e que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica.

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: <b>Barbina Braz</b> CRM 11 825	MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	

CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA

SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:

PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS: A: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg Temp. \_\_\_\_ °C

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) OU ASSISTIDA ( )

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA

EU, \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ ORG. EXP. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
NA CONDIÇÃO DE: ( ) PACIENTE/ ( ) ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,  
ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO  
MÉDICO ENCAMINHADOR.

PROTÓCOLO





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

# NOTA FISCAL DE FATURA DE CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-907  
CNPJ 10.826.932/0001-08 | Ins. Est. 000943-03 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA  
PRÓX A FAZENDA CASCAVEL

CPF: 765.976.834-20 NIS: 18643337489

## CLASSIFICAÇÃO

B1- RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI MARIA IZABEL 700

MARIA IZABEL AVEIÇA  
GRAVATA PE  
55840-000

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	VALOR
119250811	01/08/2020	10,08/2020
DATA DE EMISSÃO	Nº DA LEITURA	Nº DA INSTALAÇÃO
10/08/2020	2001178758	1302806

CONTA CONSUMO	PERÍODO
2017717017	08/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
17/08/2020	09/09/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	48,79

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10953020	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,18778605	13,14
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16,0000000	0,28184800	4,50
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,08205398	2,46
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,18254868	12,78
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	16,0000000	0,34082454	5,45
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,74
Multa por atraso-NF 118893498 - 20/07/20			1,88
Juros por atraso-NF 118893498 - 20/07/20			0,09
Atualização IGPM-NF 118893498 - 20/07/20			0,20

## TOTAL DA FATURA

48,79

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE FATO DA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
118893498	2.4.1	08/07/2020	38.901,00	10/08/2020	39.027,00	31	1,00000		126,00

## RESUMO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
AGO/20	178
Jul/20	188
Jun/20	182
Mai/20	184
Abr/20	180
Mar/20	188
Fev/20	188
Jan/20	179
Dez/19	181
Nov/19	213
Out/19	188
Set/19	175
Ago/19	184

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	30,00	1,47
PIS	30,00	1,35
COFINS	30,00	1,35

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Geração de Energia	15,80	41,34%
Transmissão	2,30	5,12%
Distribuição (Custos)	12,53	30,29%
Perdas de Energia	4,00	10,38%
Energia Saturada	0,50	1,03%
Taxação	2,37	6,11%
Total	36,80	100%

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter informações sobre a tarifa social, consulte o site da Companhia Energética de Pernambuco (www.celpe.com.br) ou ligue para 0800-000000. A tarifa social é destinada aos consumidores de energia elétrica que possuem renda familiar mensal de até R\$ 220,00 e que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica. A tarifa social é aplicada sobre o consumo de energia elétrica de até 220 kWh/mês. O valor da tarifa social é de R\$ 0,10953020/kWh. O valor da tarifa social é de R\$ 0,18778605/kWh. O valor da tarifa social é de R\$ 0,28184800/kWh. O valor da tarifa social é de R\$ 0,08205398/kWh. O valor da tarifa social é de R\$ 0,18254868/kWh. O valor da tarifa social é de R\$ 0,34082454/kWh.

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

## DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

	R\$	%
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10953020	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18778605	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28184800	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08205398	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18254868	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,34082454	

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: <b>Barbina Braz</b> CRM 11 825	MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	

CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA

SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:

PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS: A: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg Temp. \_\_\_\_ °C

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) OU ASSISTIDA ( )

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA

EU, \_\_\_\_\_  
RG Nº \_\_\_\_\_ ORG. EXP. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
NA CONDIÇÃO DE: ( ) PACIENTE/ ( ) ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,  
ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO  
MÉDICO ENCAMINHADOR.

PROTÓCOLO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

**FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES**

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: <b>Barbina Braz</b> CRM 11 825	MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	

**CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA**

SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:

**PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM**

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS: A: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg Temp. \_\_\_\_ °C

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) OU ASSISTIDA ( )

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA**

EU, \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ ORG. EXP. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 NA CONDIÇÃO DE: ( ) PACIENTE/ ( ) ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,  
 ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO  
 MÉDICO ENCAMINHADOR.

15/01/2020  
**PROTOCOLO**





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRISÕES**  
**CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO**



**PE**

**Nome**

**NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF**

**4276209-887 PE**

**CPF**

**755.976.834-20**

**DATA NASCIMENTO**

**07/03/1972**

**FILIAÇÃO**

**JOSE RODRIGUES DA CUNHA**  
**A FILHO**  
**ANA PAULINA DA SILVA**

**PERMISSÃO**

**20200000000000000000**

**ACE**

**20200000000000000000**

**CAT. HAB**

**AS**

**Nº REGISTRO**

**06495383656**

**VALIDADE**

**14/01/2025**

**1ª HABILITAÇÃO**

**29/10/2015**

**OBSERVAÇÕES**

**A**

**ASSINATURA DO PORTADOR**

*Nagio Rodrigues da Cunha*

**LOCAL**

**GRAVATA, PE**

**DATA EMISSÃO**

**15/01/2020**

**ASSINATURA DO EMISSOR**

*Roberto Ferreira*  
**Roberto Ferreira**  
**DELEGADO DE PRISÕES**

**PERNAMBUCO**

**88425808965**  
**PE096578955**

VALIDA EM TODO  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1934013905**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1934013905**

COMPPE  
 24 OUT 2023  
 PROTOCOLO

## PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 11.012.245 expedido por SIS/PE em 22/04/2019 inscrito no CPF sob o nº: 718.585.034-77

residente: SI MARIA IZABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IZABEL/AVENIA cidade: GRAVATÁ, Estado PE

2. OUTORGADO: NABIO RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 4.276.208, expedido por SIS/PE em 15/01/2020 inscrito no CPF sob o nº: 755.976.834-20

residente: SI MARIA IZABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IZABEL/AVENIA cidade: GRAVATÁ, 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:

JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA, Acidente ocorrido no dia 21/06/2020 do sinistro de DPVAT da natureza \_\_\_\_\_.

GRAVATÁ, 04 de setembro de 2020

OUTORGANTE: José Navison Rodrigues da Cunha

(reconhecer firma por autenticidade)



2º OFÍCIO DE NOTARIAS E REGISTROS DE TÍTULOS DE GRAVATA/PE  
Rua da Aurora, 25 - Centro - Gravata/PE - CEP: 55041-200 - Fone: (81) 3553-0221 - cartorio2oficio@pe.jus.br

Reconheço a firma por autenticidade de: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA, Dou fe

Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.

Priscila Duarte do Nascimento Silva  
Tabelião Substituto

Selo: 0073643.XDQ09202001.01747  
Custas R\$ 4,45 - TSNR R\$ 0,82 - Total R\$ 5,27  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)  
Usuário: daniel

04/09/2020 10:54:3



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Naque Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ \_\_\_\_\_  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Narison Rodrigues da Cunha inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Jose Narison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77, 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>Sl Maria Isabel</u>		Número <u>700</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>M. Isabel</u>	Cidade <u>Gravata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9668-4814</u>	Telefone celular (DDD)	

Gravata, 28 de 09 de 20  
Local e Data

Naque Rodrigues da Cunha  
Assinatura do Declarante







PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA  
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 473265

PACIENTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

GENITORA: MARIA JOSE DIMAS

DATA DE NASCIMENTO: 28/02/2001

ENDEREÇO: SÍTIO MARIA ISABEL

BAIRRO: ZONA RURAL

PONTO DE REFERÊNCIA:

IDADE: 19

CIDADE: GRAVATÁ

ACOMPANHANTE: NAGIO

DATA: 21/06/2020

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 11:07

CNS:

TELEFONE: (81) 9388-8282

SEXO: Masculino

Nº:

COR: Sem informação

UF: PE

CEP:

HDA

linhas de meta com breume  
no MCE

EXAME FÍSICO

EXAMES SOLICITADOS

RA de MTE + MCE - fratura de 5º  
falange proximal do 3º DED

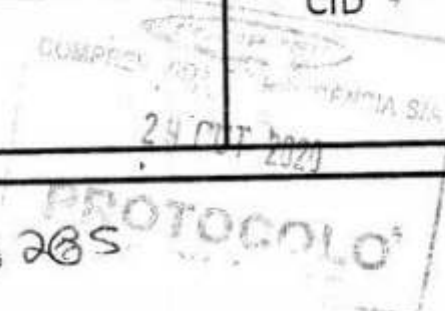
HD

URA

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

ORTO PE 901A - ST: 5960285



FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Batista Braz  
Médico  
CRM 11 825

HORA:

DATA

21/06/2020

ALTA

TRANFERIDO ☒

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

F.C.

TEMP.

F.R.

HGT

P.A.

SINAIS VITAIS

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS - EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM

PROTECOI O

29 OUT 2020



# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Data Nasc.: 28/02/2001

Idade: 19

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 71858503477

RG: 11012245

CNS:

Endereço: SÍTIO MARIA IZABEL

Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: GRAVATA

Estado: PE

CEP: 55641135

Fone: 993888282

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: MARIA JOSE DIMAS

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 21/06/2020 13:43

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Urtica & acidente de moto, apresento no pé (E)

Exame Físico:

ferimento no pé (E)

PA:

FC:

FR:

Diag. Provisório:

fratura de artelhos do pé (E) ?

Rx pé (E) AP 1P

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
RAIO - X

DATA: 21/06/2020

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Rx fratura do 5º metatarso  
Ceftriaxon 2g IV 1500  
SAT5000V

24 OUT 2020

PROTOCOLO

### 3 - Evolução / Exames

[illegible]

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente      ☐ Familiar

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

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura

### Autorização de Procedimento

☐ Paciente      ☐ Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura

**Diag. Definitivo:**

## Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido  
( ) Transferência: \_\_\_\_\_ ( ) Internamento \_\_\_\_\_

( ) Transferência: \_\_\_\_\_ ( ) Internamento \_\_\_\_\_

## Condição de Alta

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_

21/06/2020 13:43:31

2 de 2

Usuario do Atendimento

MARIAS

24 OUT 2020

PROTECTED





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)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC

FEM

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

359901

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vitima de acidente de moto, apresenta  
fratura exposta do 5º metatarsiano @

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Q d'ur

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

Rx

0408050705  
0408050770

3d / 3d

S42.2

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

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

( ) CNS ( ) CPF

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 VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

262010397868-0

Dr. Waldeir Soares da Silva  
CRM 13189  
CPF 198.365.934-04

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: ~~XXXXXXXXXXXX~~

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: LUANA

Anestesia: RAGUE

Data da Operação: 21/06/2020

Início:

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO 5º MTE (SEM DESVIO) + FRATURA EXPOSTA DO CUNEIFORME MEDIAL

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO 5º MTE (SEM DESVIO) + FRATURA EXPOSTA DO CUNEIFORME MEDIAL

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

OBS: O MESMO APRESENTA MAIS DE 24 HRS DE EXPOSIÇÃO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

8. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL + SOB ANESTESIA
9. ASSEPSIA E ANTISEPSIA
10. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
11. LIMPEZA COM SF0,9 % EM ABUNDÂNCIA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
12. SUTURA DA LESÃO DO PÉ ESQ
13. LIMPEZA + CURATIVO
14. RAO X DE CONTROLE

data, 21 de junho de 2020

DR. ÉVERTON VASCONCELOS CRM 22261/TEOT 15918

Dr. Everton Vasconcelos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 8618  
CREMEPE 22261  
TEOT 15918



Data e hora retirada da senha: 21/06/2020 13:29

Nome Paciente: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 28/02/2001  
Sexo: Masculino  
Idade: 19  
Senha: U0014  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 21/06/2020 13:31 - 21/06/2020 13:36

ISAIAS DE OLIVEIRA FERREIRA - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PCT ORIUNDO DE GRAVATA, COLISÃO DE MOTO, COM FRTAURA DE FALANGE , COM MACA E SENHA 5960265

Medicamento(s): NEGA

Observação: HAS - DM-

Fluxograma sintoma: QUEDAS

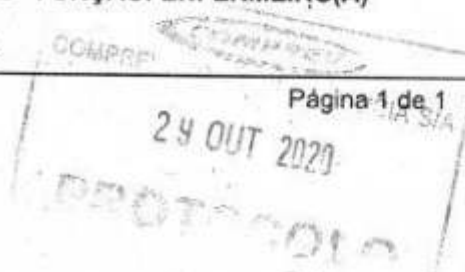
Discriminador(es):  
- DEFORMAÇÃO?  
- EDEMA?  
- PROBLEMA RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ISAIAS DE OLIVEIRA FERREIRA - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/06/2020 13:36

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Página 1 de 1



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**  
**SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA**  
**AValiação Pós-Anestésica**

DATA: 21/06/2020 HORA DE ADMISSÃO: 17:40 HORA DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_  
REGISTRO: 354901 CIRURGIÃO: Antonio de Jesus ANESTESISTA: Luciana Borges  
NOME DO PACIENTE: João Vitorino Rodrigues da Cunha

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tat. cirúrgico frnt. Externa PONTUAÇÃO FINAL: 09

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
<b>Respiração:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Capacidade de respirar profundamente e tossir</li><li>• Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização)</li><li>• Nenhum esforço espontâneo</li></ul>	2 1 0	<u>2</u>			
<b>Circulação:</b> Pressão arterial sistólica <ul style="list-style-type: none"><li>• &gt; 80% do nível pré-anestésico</li><li>• 50 a 80% do nível pré-anestésico</li><li>• &lt; 50% do nível pré-anestésico</li></ul>	2 1 0	<u>2</u>			
<b>Nível de Consciência:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço</li><li>• Acorda quando chamado pelo nome</li><li>• Não responde ao comando</li></ul>	2 1 0	<u>2</u>			
<b>Coloração:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Coloração e aparência normais da pele</li><li>• Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterica</li><li>• Cianose evidente</li></ul>	2 1 0	<u>2</u>			
<b>Atividade Muscular:</b> Movimenta-se espontaneamente ou sob comando: <ul style="list-style-type: none"><li>• Capacidade de movimentar todas as extremidades</li><li>• Capacidade de movimentar duas extremidades</li><li>• Incapacidade em controlar qualquer extremidade</li></ul>	2 1 0	<u>2</u>			
<b>Total:</b>		<u>09</u>			

Necessário para que receba Alta da Sala de Recuperação: 7-8 pontos

**Observações:**

Patricia V. Alves  
Enfermeira  
DE-40232



**Estado Geral:**

☒ Regular ( ) Comprometido ( ) Grave ( ☒ ) Normocorado ( ) Hipocorado ( ☒ ) Anictérico  
 ( ) Ictérico ( ) Cianótico ( ☒ ) Acianótico ( ☒ ) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Anasarca

**AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA****Nível de Consciência:**

☒ Consciente ( ) Inconsciente ( ) Torporoso ( ☒ ) Sonolento ( ) Alerta

**Nível de Orientação:**

☒ Orientado ( ) Desorientado ( ) Sob Sedação

**AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

AR \_\_\_\_\_ RPM \_\_\_\_\_

Modo: \_\_\_\_\_ Fi O2: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ Sat O2: \_\_\_\_\_

( ) Espontânea ( ) Traqueostomizada ( ) VM ( ) UNI c/O2 ( ) Venturi

**O2 Suplementar 1/min:**

( ) Cateter Nasal ( ) Macronebulizador ( ) Venturi ( ) Eupneico ( ) Dispneico  
 ( ) Traquidispneico ( ) Bradipneico

**Murmúrios Vesiculares:**

( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos

**Ruídos Adventícios:**

( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estertores ( ) Creptantes

**Dreno Torácico:**

( ☒ ) Sim ( ☒ ) Não Local: \_\_\_\_\_

**Oscilação:**

( ) Sim ( ) Não Aspecto da Drenagem: \_\_\_\_\_

**Expansibilidade Torácica Conservada:**

( ☒ ) Sim ( ) Não

**Tosse:**

( ) Sim ( ☒ ) Não ( ) Produtiva ( ) Não Produtiva

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ mmHg

Pulso: \_\_\_\_\_ bpm ( ) Cheiro ( ) Filiforme ( ) Ausentes

**Uso de Drogas Vasoativas:**

( ) Sim ( ☒ ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

**Acesso Venoso Central:**

( ) Sim ( ☒ ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

**Acesso Venoso Periférico:**

( ☒ ) Sim ( ) Não ( ) Qual? *MSD*

**SISTEMA GASTROINTESTINAL****Abdomen:**

( ) Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Escavado ( ) Depressível ( ) Ascítico  
 ( ) Doloroso ( ) Não Doloroso ( ) Local: \_\_\_\_\_

**RHA:**

( ) Presentes ( ) Ausentes

**SNG:**

( ) Sim ( ☒ ) Não ( ) P/Gavagem ( ) Sinfonagem

**SNE:**

( ) Sim ( ☒ ) Não

**SISTEMA GENITO-URINÁRIO****Diurese:**

( ) Presente ( ☒ ) Ausente ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Volume: \_\_\_\_\_ ml  
 ( ) Aspecto: \_\_\_\_\_

**SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO****Deambulação:**

( ) Sim ( ) Não ( ☒ ) Repouso Relativo ( ) Repouso Absoluto

**Mobilidade:**

( ☒ ) Ativa ( ) Passiva

*...via Veritas*



## FICHA DE ANESTESIA

VALOR

NOME		VALOR		REGISTRO		CATEGORIA	
HOSPITAL		SEXO		COR		IDADE	
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO		PESO		PA		FC	
DIAGNOSTICO POS-OPERATORIO		RESPIRAÇÃO		ASA		DATA	
OPERACAO PROPOSTA		CODIGO CIRURGIA		PORTE		%	
OPERACAO REALIZADA		RESPIRAÇÃO		ASA		DATA	
ANOTACOES		RESPIRAÇÃO		ASA		DATA	
AGENTES		CONC.		QUANTIDADE		TECNICA ANESTESICA	
DURACAO DA OPERACAO		DURACAO DA ANESTESIA		ENCAMINHADO		DESTINO	

**SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

AT-610273

**BLOCO CIRÚRGICO**

PACIENTE: Jose Harrison Rodrigues de Azevedo REGISTRO Nº 359905  
 SALA CIRÚRGICA Nº 08 DATA: 21/06/2020  
 CIRURGIAS: Brach. Exp. P. 5. Int. 6. 9. CIRURGIÃO: Dr. Osmar Viana  
 ANESTESIA: Raque ANESTESIOLOGISTA: Dr. Luciano B. B. B.

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
	Oxigênio				Agulha Descartável		
04	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui	25	
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
02	Cefazolin			02	Atadura Crepom	5	
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
	Soro Fisiológico	211		02	Fio de Nylon	3,0	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol				Gase 7,5x7,5	131	
02	Tenoxicam				Lâmina de Bisturi	24	
02	Clamp	05			Luvas Estéreis 7,0		
01	Paracetamol				Luvas Estéreis 7,5		
					Luvas Estéreis 8,0	5	
					Seringa 5ml		
					Seringa 10ml	131	
					Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
					TX Cloro Xidina		
					TX Nalox 7,7		
				03	Nervia Proprieta		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Suelton Vasconcelos  
 Ortopedista/Traumatologia  
 CRM-PB 8618  
 CREMEPE 22251

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

### RESUMO DE ALTA

Nome: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO REALIZADO: \_\_\_\_\_

Alta Hospitalar: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_







PREFEITURA MUNICIPAL  
**GRAVATÁ**  
AGORA E CRESCIMENTO

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**  
**FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA**  
**MÉDICOS**

DATA DA SOLICITAÇÃO: 21.06.2020 | HORA: | DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM: 21.06.2020 | Nº CARTÃO SUS: |  
NOME DO PACIENTE: José Nativson Rorhiques de Lima | IDADE: 19 anos  
ENDEREÇO DO PACIENTE: | TELEFONE: |

DIAGNÓSTICO: Fratura de 5ª MTE + falange proximal de 3ª D.E.

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE: Queixa de dor com trauma no MTE  
Fr. de MTE - pé E, fratura de 5ª MTE + falange proximal de 3ª D.E.

SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL: X mm/Hg | F. RESPIRATORIA: | bpm  
F. CARDÍACA: | bpm | TEMPERATURA: | °C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: | ALERTA | | VERBAL | | SONOLENTO | | CONFUSO | | SEM RESPOSTA | GLASGOW: 5

EXAME FÍSICO: SIM NÃO (+ + + + +) SIM NÃO (+ + + + +)  
DESIDRATADO | | | | | CIANÓTICO | | | | |  
DESNUTRIDO | | | | | ICTÉRICO | | | | |

PATOLOGIAS ASSOCIADAS: | DIABETES | | HAS | | IC | | SEQUELA AVC | | DPOC | | OUTROS |

PREScrição REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO EM USO	DOSAGEM

EXAMES COMPLEMENTARES: ECG ALTERAÇÕES: | NORMAL | | RX TORAX | | RX ABDOME | | OUTROS |

LABORATORIAL: HB | HT | LEUCO | CPK | TGO | TGP | AMILASE | URINA |

\* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS.

HOSPITAL DE DESTINO: HUES - ORTOPEDIA

MÉDICO RESPONSÁVEL: Bárbara Brá | SENHA CENTRAL: 5960285 | SENHA SAMU: |

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

**FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES**

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: <b>Barbina Braz</b> CRM 11 825	MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	

**CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA**

SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:

**PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM**

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS: A: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg Temp. \_\_\_\_ °C

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) OU ASSISTIDA ( )

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRÊNCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA**

EU, \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ ORG. EXP. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 NA CONDIÇÃO DE: ( ) PACIENTE/ ( ) ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,  
 ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO  
 MÉDICO ENCAMINHADOR.

15/01/2020  
**PROTOCOLO**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

**FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES**

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: <b>Barbina Braz</b> CRM 11 825	MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	

**CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA**

SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:

**PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM**

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS: A: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg Temp. \_\_\_\_ °C

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) OU ASSISTIDA ( )

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA**

EU, \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ ORG. EXP. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 NA CONDIÇÃO DE: ( ) PACIENTE/ ( ) ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,  
 ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO  
 MÉDICO ENCAMINHADOR.

15/01/2020  
**PROTOCOLO**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA GERAÇÃO E PROTEÇÃO  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA SOCIAL  
 CADERNÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME  
**NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**

DOB. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**4276209-887 PE**

CPF  
**755.976.834-20**

DATA NASCIMENTO  
**07/03/1972**

FILIAÇÃO  
**JOSE RODRIGUES DA CUNHA  
 A FILHO  
 ANA PAULINA DA SILVA**

PERMISSÃO  
**00000000000000000000000000000000**

CAT. HAB.  
**AS**

Nº REGISTRO  
**06495383656**

VALIDADE  
**14/01/2025**

1ª HABILITAÇÃO  
**29/10/2015**

OBSERVAÇÕES  
**A**

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Nagio Rodrigues da Cunha*

LOCAL  
**GRAVATA, PE**

DATA EMISSÃO  
**15/01/2020**

ASSINATURA DO EMISSOR  
*Roberto Ferreira*  
 Roberto Ferreira  
 Diretor Geral do Departamento Nacional de Defesa Social

88425808965  
 PED96578955

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1934013905**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1934013905**

COMPPE  
 24 OUT 2023  
 PROTOCOLO



## PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 11.012.245 expedido por SIS/PE em 22/04/2019 inscrito no CPF sob o nº: 718.585.034-77

residente: SI MARIA IZABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IZABEL/AVENIA cidade: GRAVATÁ, Estado PE

2. OUTORGADO: NABIO RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 4.276.208, expedido por SIS/PE em 15/01/2020 inscrito no CPF sob o nº: 755.976.834-20

residente: SI MARIA IZABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IZABEL/AVENIA cidade: GRAVATÁ, 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:

JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA, Acidente ocorrido no dia 21/06/2020 do sinistro de DPVAT da natureza \_\_\_\_\_.

GRAVATÁ, 04 de setembro de 2020

OUTORGANTE: José Navison Rodrigues da Cunha

(reconhecer firma por autenticidade)



2º OFÍCIO DE NOTARIAS E REGISTROS DE TÍTULOS DE GRAVATA/PE  
Rua da Aurora, 25 - Centro - Gravata/PE - CEP: 55061-200 - Fone: (51) 3653-0221 - cartorio2@gravata.pe.gov.br

Reconheço a firma por autenticidade de: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA, Dou fe

Em testemunho [assinatura] da verdade.

Priscila Duarte do Nascimento Silva  
Tabelião Substituta

Selo: 0073643.XDQ09202001.01747  
Custas R\$ 4,45 - TSNR R\$ 0,82 - Total R\$ 5,27  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)  
Usuário: daniela

04/09/2020 10:54:3



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Naque Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ \_\_\_\_\_  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Narison Rodrigues da Cunha inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Jose Narison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77, 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>Sl Maria Isabel</u>		Número <u>700</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>M. Isabel</u>	Cidade <u>Gravata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9668-4814</u>	Telefone celular (DDD)	

Gravata, 28 de 09 de 20  
Local e Data

Naque Rodrigues da Cunha  
Assinatura do Declarante



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
CPF: 11.012.245

Nome: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Fluência: << NAGIO RODRIGUES DA CUNHA >>  
<< MARIA JOSE TIVAS >>

Naturalidade: (BRASILIA - DF)

Data de Nascimento: 28/02/2001

Doc. Original: << CN 31820 LAM 09 FOL 12 2007 30 >>  
CPF: 11.012.245

Assinatura do titular

LEI Nº 7.167 DE 29/09/05

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

20.12

fori navison Rodrigues da Cunha

CARTÃO DE IDENTIDADE

**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número  
**718.585.034-77**

Nome  
**JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA**

Nascimento  
**28/02/2001**

COMPROMISSO

28 OUT 2000

PROTOCOLO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

**FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES**

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: <b>Barbina Braz</b> CRM 11 825	MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	

**CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA**

SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:

**PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM**

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS: A: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg Temp. \_\_\_\_ °C

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) OU ASSISTIDA ( )

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA**

EU, \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ ORG. EXP. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 NA CONDIÇÃO DE: ( ) PACIENTE/ ( ) ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,  
 ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO  
 MÉDICO ENCAMINHADOR.

15/01/2020  
**PROTOCOLO**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

**FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES**

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: <b>Barbina Braz</b> CRM 11 825	MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	

**CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA**

SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:

**PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM**

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS: A: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg Temp. \_\_\_\_ °C

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) OU ASSISTIDA ( )

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRÊNCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA**

EU, \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ ORG. EXP. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 NA CONDIÇÃO DE: ( ) PACIENTE/ ( ) ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,  
 ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO  
 MÉDICO ENCAMINHADOR.

15/01/2020  
**PROTOCOLO**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 493425896 RNTLC \*\*\*\*\* 2020

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

GRAVATA - PE

755.976.834-20 PLACA PGD7731

9C2KC1670CR613072

PAS /MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

2E/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA 2020 QUITADO 1ª 2ª 3ª

8.10 0.05 12.20 15/01/20

SEM RESERVA

GRAVATA

29 OUT 2020

PROTOCOLO

29 OUT 2020

29 OUT 2020

29 OUT 2020

29 OUT 2020

29 OUT 2020

29 OUT 2020

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU ADO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015101911716 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

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

GRAVATA - PE EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 12/02/20

755.976.834-20 PLACA PGD7731

993425896 RENAVAM HONDA/CG 150 FAN ESI

2012 ANO FAB. 09 Nº CHASSI 9C2KC1670CR613072

PRÊMIO TARIFÁRIO

3.65 FMS (R\$) 0.41 DEMATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

4.15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.05 IOF (R\$) 12.30 TOTAL DO PRÊMIO (R\$)

15/01/20 DATA DE QUITAÇÃO

COISA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.298.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE FORTALE OBRIGATORIO.



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200389076 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA **Data do acidente:** 21/06/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO.  
FRATURA DE CUNEIFORME MEDIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PE 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 LEVE DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P3/5-CIRURGIA 6/10/11

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

**FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES**

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM: <b>Barbina Braz</b> CRM 11 825	MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	

**CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA**

SAIDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:

**PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM**

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS: A: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg Temp. \_\_\_\_ °C

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) OU ASSISTIDA ( )

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA**

EU, \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ ORG. EXP. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 NA CONDIÇÃO DE: ( ) PACIENTE/ ( ) ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,  
 ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO  
 MÉDICO ENCAMINHADOR.

15/01/2020  
**PROTOCOLO**





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA GENDARMARIA**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO**  
**CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO**



**PE**

**SOME**

**NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

**4276209-887 PE**

CPF

**755.976.834-20**

DATA NASCIMENTO

**07/03/1972**

FILIAÇÃO

**JOSE RODRIGUES DA CUNHA**  
**A FILHO**  
**ANA PAULINA DA SILVA**

PERMISSÃO

**20200000000000000000**

ACT

**20200000000000000000**

CAT. HAB

**AB**

Nº REGISTRO

**06495383656**

VALIDADE

**14/01/2025**

1ª HABILITAÇÃO

**29/10/2015**

OBSERVAÇÕES

**A**

ASSINATURA DO PORTADOR

*Nagio Rodrigues da Cunha*

LOCAL

**GRAVATA, PE**

DATA EMISSÃO

**15/01/2020**

ASSINATURA DO EMISSOR

*Roberto Ferreira*

PERNAMBUCO

88425808965

PE096578955

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**1934013905**

PROIBIDO PLASTIFICAR

**1934013905**

COMPPE

24 OUT 2023

PROTOCOLO

## PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 11.012.245 expedido por SIS/PE em 22/04/2019 inscrito no CPF sob o nº: 718.585.034-77

residente: SI MARIA IZABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IZABEL/AVENIA cidade: GRAVATÁ, Estado PE

2. OUTORGADO: NABIO RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 4.276.208, expedido por SIS/PE em 15/01/2020 inscrito no CPF sob o nº: 755.976.834-20

residente: SI MARIA IZABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA IZABEL/AVENIA cidade: GRAVATÁ, 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:

JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA, Acidente ocorrido no dia 21/06/2020 do sinistro de DPVAT da natureza \_\_\_\_\_.

GRAVATÁ, 04 de setembro de 2020

OUTORGANTE: José Navison Rodrigues da Cunha

(reconhecer firma por autenticidade)



2º OFÍCIO DE NOTARIAS E REGISTROS DE TÍTULOS DE GRAVATA/PE  
Rua da Aurora, 25 - Centro - Gravata/PE - CEP: 55041-200 - Fone: (51) 3553-0221 - cartorio2oficio@pe.tribet.com.br

Reconheço a firma por autenticidade de: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA, Dou fe

Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.

Priscila Duarte do Nascimento Silva  
Tabelião Substituta

Selo: 0073643.XDQ09202001.01747  
Custas R\$ 4,45 - TSNR R\$ 0,82 - Total R\$ 5,27  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)  
Usuário: daniel

04/09/2020 10:54:3



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Márcio Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ \_\_\_\_\_  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Narison Rodrigues da Cunha inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
José Narison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 718585034 / 77, 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>Sl Maria Isabel</u>		Número <u>700</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>M. Isabel</u>	Cidade <u>Gravata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9668-4814</u>		Telefone celular (DDD)

Gravata, 28 de 09 de 20 28 OUT 2020  
Local e Data

Márcio Rodrigues da Cunha  
Assinatura do Declarante



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308877/20

**Vítima:** JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

**CPF:** 718.585.034-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/06/2020

**Titular do CPF:** JOSE NAVISON  
RODRIGUES DA CUNHA

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### NAGIO RODRIGUES DA CUNHA : 755.976.834-20

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

### JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA : 718.585.034-77

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](http://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: 29/10/2020  
Nome: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA  
CPF: 718.585.034-77

JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020  
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva  
CPF: 137.332.474-00

Rebeka Vitória Ursulino da Silva