

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Pelo presente instrumento de mandato **ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO**, brasileiro, casado, cadastrador motoqueiro, inscrito no RG sob nº 7.409.186 SDS/PE e no CPF sob nº 062.593.474-13, residente e domiciliado na Rua Monteiro Lobato nº 602, 1º andar, bairro: Indianópolis Caruaru-PE nomeia e constitui sua bastante advogada e procuradora: a bacharela **ELIZÂNGELA FRANCISCO PAPA**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB sob o nº 32.657, com escritório profissional sito à Rua Silvino Macedo, 253, Sala 106, Edf. Empresarial Porto Filho, na cidade de Caruaru, Estado de Pernambuco, a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicium et extra*" a fim de defender os interesses e direitos da outorgante perante qualquer juízo, instância ou tribunal, órgão público, autarquia ou entidade paraestatal, podendo confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, firmar compromisso, propor ações, mandado de segurança, concordar ou discordar, acordar, receber alvará, além de substabelecer (total ou parcialmente) e levantar alvará, quando e em quem melhor lhe convier, bem como interpor ação de revisão de pensão alimentícia, que tramitará em uma das varas de família da comarca de Caruaru, podendo exercer em nome do outorgante todos os poderes que aqui lhe são conferidos, para o fiel cumprimento do presente mandato, por esta instrumentalizado.

Caruaru/PE, 29 de outubro de 2018.

Roberto Carlos Silva Ribeiro

ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO

RG sob nº 7.409.186 SDS/PE

CPF sob nº 062.593.474-13

Endereço: Rua Silvino Macedo, 253, Sala 106, Empresarial Porto Filho, Maurício de Nassau, Caruaru - PE: 55012-310
Telefones: (81) 3046-4147 | 9897-9115



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO**, brasileiro, casado, cadastrador motoqueiro, inscrito no RG sob nº 7.409.186 SDS/PE e no CPF sob nº 062.593.474-13, residente e domiciliado na Rua Monteiro Lobato nº 602, 1º andar, bairro: Indianópolis Caruaru-PE, **DECLARO**, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, **que não posso arcar com as custas deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelas declarações prestadas.**

Caruaru/PE, 29 de OUTUBRO de 2018.

Roberto Carlos Silva Ribeiro
x **ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO**
RG sob nº 7.409.186 SDS/PE
CPF sob nº 062.593.474-13



DADOS DO CLIENTE
ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PEREIRA COSTA 602 AP-1 ANDAR

CPF: 062.593.474-13

INDIANOPOLIS/CARUARU
CARUARU PE
55000-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
026736376	UNICA	07/08/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/08/2018	2010012098	5002671

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7000034309	08/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
14/08/2018	05/09/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	90,96

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	102,0000000	0,77394272	78,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,56
Contribuição Iluminação Pública			4,46

TOTAL DA FATURA

90.96

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
90442864	CAT	06-07-2018	11.198,00	07-08-2018	11.298,00	32	1,00000		102,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês	Ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE		
AGO 18	102				GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$ 20,83 33,40%
JUL 18	94				TRANSMISSÃO	R\$ 3,52 4,07%
JUN 18	106				DISTRIBUIÇÃO (CABE)	R\$ 18,48 19,05%
MAI 18	114				PERDAS DE ENERGIA	R\$ 5,18 5,99%
ABR 18	132				ENCARGOS SETORIAIS	R\$ 4,24 4,90%
MAR 18	101				TRIBUTOS	R\$ 29,19 32,59%
FEV 18	120				TOTAL	R\$ 86,50 100%
JAN 18	140					
DEZ 17	152					
NOV 17	138					
OUT 17	158					
SET 17	126					
AGO 17	128					

TARIFAS APLICADAS	
Consumo Ativo (kWh)	9,5215600

RESERVAÇÃO FISCAL	
DF2C.6C32.8FAD.82DA.C406.F63B.3037.D46C	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO: A CEL REINFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos o não pagamento de(s) conta(s) de energia citada(s)					
Vencido	Dt rescisão	Valor	Vencido	Dt rescisão	Valor
13/07/18	07/08/18	80,30	14/06/18	06/07/18	93,65
15/06/18	07/06/18	87,51			

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Esta comunicada não substitui o envio de débitos anteriores bem como não obriga débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
CONJUNTO CARUARU	VALOR ABRILHO	LMITE MENSAL	LMITE TRIMESTRAL	LMITE ANUAL
	0,00	5,19	10,38	20,77
DIG	0,00	3,17	6,35	12,70
FIC	0,00	2,94	0,00	0,00
DMIG				

Lmte DMIG: 12,22
 EUSO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 29,08

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

CONTA CONTRATO 7000034309 MÊS/ANO 08/2018 DATA DE VENCIMENTO 14/08/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 90,96

83850000000-8 90960011007-0 00003430910-1 12344008393-7



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

NOME
ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
7409186 SDS PE

CPF
062.593.474-13

DATA NASCIMENTO
16/04/1987

FILIAÇÃO
PEDRO RIBEIRO SOBRINHO
MARIA JOSE SILVA
RIBEIRO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
0377511838

VALIDADE
23/10/2019

1ª HABILITAÇÃO
27/01/2006

OBSERVAÇÕES
A
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR
Ribeiro Carlos Silva Ribeiro

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
21/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
85801300050
PE062522760

OTIMIZADO POR: PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1017316686

PROIBIDO PLASTIFICAR
1017316686

23 882 245/0001-95
Luis Filipe a Cavalcanti
Corretagem de Seguros-ME
R João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEP- 55.012-190
Caruaru PE



Nota- 3
17-07-18
17-07-18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0045005269**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/08/2018** às **09:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **17/7/2018** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 1, SITIO LARANJEIRINHA-ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO** - **VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO OUVE (AUTOR \ AGENTE)
LIDIA KEDMA GONCALO RIBEIRO (OUTRO)
ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO**

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

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

ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA RIBEIRO** Pai: **PEDRO RIBEIRO SOBRINHO** Data de Nascimento: **16/4/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7409186/SDS/PE (RG). 06259347413 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Telefones Celulares: **- 8191772428**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 602, RUA MONTEIRO LOBATO - CEP: 0** - Bairro: **INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

LIDIA KEDMA GONCALO RIBEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

23 882 245-0001-95
Luis Felipe
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LIDIA KEDMA GONCALO RIBEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDS5608** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **112640975** Chassi: **9C6D25100H0049797**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA DE QUE IA PILOTANDO A REFERIDA MOTO QUANDO NO SITIO LARANJEIRINHA ZONA RURAL DE VITORIA DE SANTO ANTAO O MESMO FOI SEGUIDO POR UM CACHORRO QUE PARA SE LIVRAR DO MESMO PERDEU O CONTROLE VINDO A CAIR.TENDO RETORNADO PARA CIDADE DE CARUARU ONDE RESIDE E AS 21.00 HS DO DIA FATO DEU ENTRADA NO HOSPITAL DA UNIMED DE CARUARU COM O ATENDIMENTO N° 663166.E QUE FOI DIAGNOSTICADO UMA FRATURA DE ESCAFÓIDE PUNHO DIREITO.TENDO RETORNADO PARA O MESMO HOSPITAL PARA CIRURGIA NO DIA 24-08-2018 AS 15.00HS COM O ATENDIMENTO DE N° 693000.CONFORME DOCUMENTACAO APRESENTADA.

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

Roberto Carlos Silva Ribeiro

ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO
(VITIMA)

Francisco Miguel da Silva

B.O. registrado por: **FRANCISCO MIGUEL DA SILVA** - Matrícula: **136042-6**

23 882 245/0001-95
Luis Filipe
Corretagem de Seguros-ME
R João Cursino 872
Comp Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE



Unimed**GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

2-No. 1337404

CARUARU

Nº do protocolo:

Status: AUTORIZADA

1-Registro ANS 340952	3-Número da Guia Atribuído pela Operadora 30050547	4-Data da Autorização 21/08/18	5-Senha 14319284	6-Data Validade Senha 12/10/18
Dados do Beneficiário				
7-Número da Carteira 174 1824000552003	8-Validade da Carteira 31/07/2020	9-Atendimento de RN N		
10-Nome ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO 9.9177-2428		11-Número Cartão Nacional de Saúde 704802083041240		
Dados do Contratado Solicitante				
12-Código na Operadora / CNPJ 110000323		13-Nome do Contratado HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA		
14-Nome do Profissional Solicitante KLEBER DE OLIVEIRA BARBOSA		15-Conselho Profissional CRM	16-Número Conselho 9671	17-UF 26
		18-Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19-Código na Operadora/CNPJ 110001745		20-Nome do Contratado UNIMED CARUARU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO		21-Data Sugerida Internação 30/07/18
22-Caráter do Atendimento 1 1-Eletiva 2-Urgência/Emergência		23-Tipo de Internação 2 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica		
24-Regime de Internação 1 1-Hospitalar 2-Hospital-dia 3-Domiciliar		25-Qtd. Diárias Solicitadas 1	26-Previsão Uso OPME S	27-Previsão Uso de Quimioterápico N
28-Indicação Clínica em anexo				
29-CID 10 Principal Z00	30-CID 10 (2)	31-CID 10 (3)	32-CID 10 (4)	33-Indicação de Acidente 2 0-Trabalho 1-Trânsito 2-Outros 9-Não Acidente
Procedimentos Solicitados				
34-Tabela	35-Cód do Procedimento	36-Descrição	37-Qtd. Solic.	38-Qtd. Aut. Status
98	98001522	Pacote HIM Alta da SRPA (HUC)	1	1 AUTORIZADO
18	60000805	DIÁRIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM	1	1 AUTORIZADO
22	30721199	Fraturas e/ou luxações do punho - tratamento cirúrgico	1	1 AUTORIZADO
Dados da Autorização				
39-Data Provável da Admissão Hospitalar 30/07/2018		40-Qtd. Diárias Autorizadas 1	41-Tipo da Acomodação Autorizada 28	
42-Código na Operadora/CNPJ 110001745		43-Nome do Prestador Autorizado UNIMED CARUARU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO		44-Código CNES 5615895
45-Observação -Observação Operadora: Autorizado conforme auditoria média... Fornecedor Prosméd				
46-Data Solicitação 20/07/18	47-Assinatura Profissional Solicitante	48-Assinatura Beneficiário/Responsável	49-Assinatura Responsável Autorização	

Data: 24/08/2018

Hora: 15h

Local: Unimed

Carina Instrumentadora - 9.9407-9696

* Valor;

* Horário de internamento;

* Jejum;

Levar todos os exames no dia da cirurgia + guia autorizada.

23 882 245/0201-95
Luis Filipe a Cavalcanti
Corretagem de Seguros-ME
R João Cursino 872
Comp Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE



HOSPITAL UNIMED CARUARU

Nome do Paciente: ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO

Dt. Nascimento: 16/04/1987

Nome da Mãe: MARIA JOSE SILVA RIBEIRO

Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO, Nº 602, , Bairro
INDIANOPOLIS CARUARU, PE

Médico do Atendimento: CRM: 14703 - JULIO CORREA DE

Data: 17/07/2018

Nº Atendimento: 663166 Nº Prontuário: 119472 Serviço: ORTOPEDIA E

Hora: 22:10:36

PRONTO ATENDIMENTO - URGÊNCIA

SINAIS VITAIS

P.A. Sistólica 130 X 76 P.A. Diastólica
H.G.T.

Temperatura: 36.3
Frequência Cardíaca: 78 Bpm
Frequência Respiratória: Imp

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso: Kg
Altura: Cm

QUEIXA PRINCIPAL / HISTÓRIA

QUEDA COM DOR EM PUNHO DIREITO HA 9H COM DOR

ATLS

A

B

C

D

E

REAÇÕES ALÉRGICAS

N

EXAME FÍSICO

DOR EM TABAQUEIRA ANATOMICA

EXAMES COMPLEMENTARES

RX COM FX DE ESCAFOIDE

ESTADO FÍSICO GERAL

☐ BOM ☐ REGULAR ☐ GRAVE ☐ FEBRIL ☐ AFEBRIL ☐ CIANÓTICO
☐ HIDRATADO ☐ DESIDRATADO ☐ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ACIANÓTICO
☐ CORADO ☐ PÁLIDO ☐ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)

FX DE ESCAFOIDE

CONDUTA

GESSO PARA ESCAFOIDE
AO CIR DE MÃO

23 882 245 0001-951
Luis Filipe de Jesus
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEP-55012-190
Caruaru PE

JULIO KOURY CRM: Nº 14703

Pâmella Deus
Assistente Social
CRESS 9475

Rua Artur Antônio da Silva, 549 - Bairro Universitário
Fone: (81) 2103 - 8600 - CEP: 55016-445 - Caruaru - PE



medico.

Paciente...: 119472 - ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO
Dt Nasc: 16/04/1987 (31a 3m 2d) Atendimento: 663166
Data: 17/07/2018 22:20 Prescrição.: 859035
Peso.....: Altura: Sup. Corporea: Convênio...: UNIMED CARUARU
Dias(s) Int: 0 Internação.: 17/07/2018 21:48
Médico.....: JULIO CORREA DE ARAUJO KOURY - CRM 14703
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOÍDE] DA MÃO Ciclo... /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco: NU

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: NAO URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 CLORETO DE SODIO 0,9% - 250ML	1	AMPOLA		IV	Agora	
I-> TENOXICAM 40MG - FRASCO AMPOLA	1	FRASCO AMPOLA				
I-> DAPIRONA 500MG/ML - 2ML	2	AMPOLA				

PACI.: ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO
ATEND.: 663166
SETOR.:
DAT. SOLIC.: 17/07/2018
HOR. SOLIC.: 22:20



1140000

JULIO KOURY
ORTOPEDIA
CRM 14703
JULIO CORREA DE ARAUJO KOURY
CRM 14703

23 882 245/0001-95
Luis Filipe a Cavalcanti
Corretagem de Seguros-ME
R João Cursino 872
Comp Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEP: 55.012-190
Caruaru PE



Ficha de Anestesia

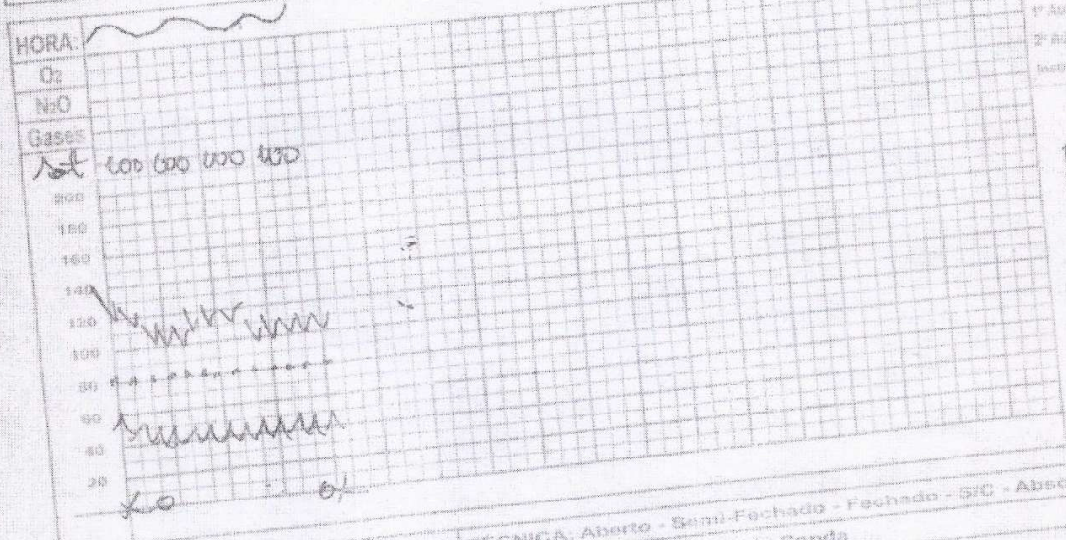
Hora: _____

CATEGORIA: Unimed Caruaru

NOME: Roberto Carlos Silva Ribeiro PESO: 70 ALT: -
SEXO: M COR: PO IDADE: 31 DATA: 20/08/18 REF: 119
HOSPITAL: HVC

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de escápula mão V

PRÉ-OPERATÓRIO	SANGUE	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	PA	FC	TEMP	RESPIRAÇÃO	AS	
		GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA: <u>Bloqueio de pleco bloqueio via</u>					
		GLICOSE	UREIA	CREATININA	PROTEÍNAS	<u>axilar e via interescalares e axilla</u>					
		NA	K	CL	RESERVA ACL	<u>e intplex. Bloqueio apito + redeção</u>					
		OP. PROPOSTA: <u>Tratamento cirurgico</u>									
OP. REALIZADA: <u>A proposta</u>									ALERGIA: <u>0</u>		
									ANEST. ANTERIOR: _____		
									PRÉ-ANESTÉSICO: _____		



EQUIPE M

Cirurgião: _____

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

ANOTAC

SF - SF

Descont

Efortel 1

AGENTES	CONC	QUANTIDADE	TECNICA: Aberto - Semi-Fechado - Fechado - S/C - Absorção CO ₂	Intub
Propofol		200	Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda	
Sufentanil		400		
Midazolam		4mg		
Fentanyl		25ug		
Cetorolaco		20		
Propofol		20		
Cefazolin		2g		
Diprisona		4g		
Ondansetron				

23 882 245/0001-95

Luis Filipe a Cavalcanti

Corretagem de Seguros - ME

R. João Cursino 872

Comp. Sala Diamantino

Mauricio de Nassau CEP: 55.012-190

Caruaru PE

Hospital Unimed Caruaru

Dr. Kleber Oliveira

Medico Anestesta

18718-1

Rua Artur Antônio da Silva, 549 Bairro

Fone: (81) 2103.8600 - CEP: 55016-44

Unimed
Caruaru

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador _____

1 - Registro ANS _____ 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____

4 - Data da Autorização _____ 5 - Senha _____ 6 - Data de Validade da Senha _____

Dados do Beneficiário:

7 - Número da Carteira _____ 8 - Validade da Carteira _____ 9 - Atendimento a RN _____

10 - Nome Roberto Carlos Silva Ribeiro 11 - Cartão Nacional de Saúde _____

Dados do Contratado Solicitante:

12 - Código na Operadora _____ 13 - Nome do Contratado _____

14 - Nome do Profissional Solicitante Kellen Oliveira Barbosa 15 - Conselho Profissional CRM 16 - Número no Conselho 9677 17 - UF PE 18 - Código CBO _____

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação:

19 - Código na Operadora / CNPJ _____ 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado Hospital Memorial Caruaru 21 - Data sugerida para internação _____

22 - Caracter do Atendimento E 23 - Tipo de Internação 2 24 - Regime de Internação 1 25 - Qtd. Diárias Solicitadas 11 26 - Provisão de uso de OPME 5 27 - Provisão de uso de quimioterápico N

28 - Indicação Clínica
Quebra de mesa e fratura de escápula no
punho @. vindo por 20x. Repa com Rx de urgência.

29 - CID 10 Principal _____ 30 - CID 10 (2) _____ 31 - CID 10 (3) _____ 32 - CID 10 (4) _____ 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados:

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtd Solic	38 - Qtd Aut
01	30721.19.9	frat. c/impres fratura de	01	
02		escápula no punho		
03		direito		
04				
05				
06		Parafuso 1,7 mm OMNITECH	02	
07				
08				
09				
10				
11				
12				

Dados de Autorização:

39 - Data Prevista da Admissão Hospitalar _____ 40 - Qtd. Diárias Autorizadas _____ 41 - Tipo de Acomodação Autorizada _____

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____ 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____ 44 - Código CNES _____

45 - Observação / Justificativa
Necessário Internar fratura de impa

46 - Data de Solicitação 20/07/2018 47 - Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura] 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____ 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____

23 882 245/0001-95
Luis Filipe a Cavalcanti
Corretagem de Seguros-ME
R João Cursino 872
Comp Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE





ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2-Nº Guia no Prestador 1023239

Status: AUTORIZADA

Registro ANS 340952	3-Número da Guia Referenciada 1022829	4-Senha 14319284	5-Data da Autorização 21/08/2018	6-Número da Guia Atribuída pela Operadora 6015852							
7-Nome do Beneficiário Número da Carteira 174 1824000552003		8-Nome ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO									
9-Nome do Profissional Solicitante Nome Profissional Solicitante KLEBER DE OLIVEIRA BARBOSA		10-Telefone (81)2103-5068	11-E-mail								
12-Justificativa Técnica											
PME Solicitadas											
13-Tabela 00	14-Código 19223511	15-Descrição 19223511 - PARAFUSOS DE COMPRESSÃO CANULADO MICRO E MINI FRAGMENTOS RP - PARAFUSO DE COMPRESSÃO RP 1,7MM X 10MM	16-Op. 1	17-Qtd.Solic. 2	18-Val. Unit. 3.200,00	19-Qtd.Aut. 2	20-Valor Aut. 0,00	21-Registro Anv.	22-Ref.Met	23-Nº Aut. Fu.	Status AUTORIZADO
1-Especificação do Material											
2-Observação / Justificativa AG bs. Operadora: Autorizado conforme auditoria média...Fornecedor Prosmad 19223511: prosmad											
3-Data da Solicitação 04/08/2018		27- Assinatura do Profissional Solicitante				28- Assinatura do Responsável pela Autorização					

123 882 2451001-951
Luis Filipe da Costa
Corretagem de Seguros - ME
R. João Curcio - 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau - C.E.F. 55 012-190
Caruaru - PE



Assinado eletronicamente por: ELIZANGELA FRANCISCO PAPA - 26/11/2018 12:17:33

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112612173385000000037784220>

Número do documento: 18112612173385000000037784220

Dr. Kleber Oliveira Barbosa

CRM - PE 9671

Membro Titular da SBOT - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão
Membro Internacional da AAOS - Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
Cirurgia dos Nervos Periféricos

SPECIAL
CONSULT
ESPECIALIDADES MÉDICAS



Roberto Carlos Silva Ribeiro
laudo médico

O paciente acima descrito,
refere acidente motorcyclístico
há 03 dias. Apresentando fratura
de escápula no humero direito.
(CID : S62.0), apresentando ulna

Dr. Kleber de Oliveira Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
174 967447

24/08/2018 19:51
LUIS HILL

Corretagem de dados

Empresarial Difusora

Emp. Sala Diamante

Av. Comendador Jordão, 935, 19.12º andar

Maurício de Barros, CEP: 55.012-190

Caruaru - PE

Tel: +55 81 9402-7250

Email: dr.kleber.cirurgiadamao@bol.com.br

facebook.com/dr.kleber.barbosa



Belo Jardim - Tel.: 81 3726-1117



SOS Mão Recife - Tel.: 81 3087-9595



Dr. Kleber Oliveira Barboza

CRM - PE 9671

Membro Titular da SBOT - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão
Membro Internacional da AAOS - Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
Cirurgia dos Nervos Periféricos

SPECIAL
CONSULT
ESPECIALIDADES MÉDICAS



Roberto Carlos Silva Ribeiro
laudo médico

O paciente acima descrito
ainda refere Dor e Adormecimento
na Dorso do punho direito.
Operado de fratura de escafóide no
punho direito (CPD = 5620), sem
condições de trabalho com prensa.
etc etc ordem.

03/09/2018



Empresarial Difusora
Av. Dr. Pedro Jordão, 333, Sl. 719, 12º andar
Maurício de Nassau - Caruaru - PE
Tel: +55 81 3721-1390 / 81 9402-7250
Email: dr.kleber.cirurgiadamao@bol.com.br

facebook.com/dr.kleber.barbosa

23 882 2450001-57
Luis Felipe Kleber de Oliveira Barboza
Corretagem de Seguro
R. João Cursino 687-2
Copa - Sala Diamantino
Maurício de Nassau - Caruaru - PE
Tel: +55 81 3721-1390 / 81 9402-7250



SOS Mão Recife - Tel.: 81 3087-9595



	Comunicação de Acidente de Trabalho
	Número da CAT: 2018.259.806-3/01

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	18/07/2018
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	NARA@CENEGED.COM.BR

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	CENEGED - COMPANHIA ELETROMECANICA E GERENCIAMENTO DE D	CNAE	43215
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 076988010003-83	Endereço	AV JOSE MARQUES FONTES 530
CEP	55026530	Estado	PE
Bairro	SANTA ROSA	Telefone	0085-33926950
Município	CARUARU		

Informações do Acidentado

Nome	ROBERTO CARLOS SILVA RIBEIRO	Data Nascimento	16/04/1987
Nome da Mãe	MARIA JOSE SILVA RIBEIRO	Sexo	Masc
Grau de Instrução	6 - Ensino médio completo	Remuneração	1.040,02
Estado Civil	Casado	Identidade	7409186 Dt emissão: 19/09/2007 Org Exp: 01 UF: PE
CTPS	016198 Série: 00040 Dt emissão: 07/02/2013 UF: PE	Endereço	RUA PEREIRA COSTA, 602 - 1 ANDAR
PIS/PASEP/NIT	2046203676-4	CEP	55026545
Bairro	INDIANOPOLIS	Município	CARUARU
Estado	PE	CBO	519110 - MOTOCICLISTA NO TRANSPORTE DE DOCUMENTOS E
Telefone	8100-0091772428	Área	Rural
Aposentado	Não		

Informações do Acidente

Data do Acidente	17/07/2018	Hora do Acidente	11:45
Horas Trabalhadas	04:45	Tipo	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	4 - Área Rural	Esp. Local	SITIO LARANJEIRINHA
CGC da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	PE
Município do Acidente	VITORIA DE SANTO ANTAO	Último dia Trabalhado/Dt Óbito	17/07/2018
Parte do Corpo	75.50.50.000 - MAO (EXCETO PUNHO OU DEDOS)		
Agente Causador	30.60.20.000 - ANIMAL VIVO		
Sit. Gerador	20.00.12.500 - QUEDA DE PESSOA COM DIFERENÇA DE N		
Morte	Não	Data Óbito	

Caruaru 18/07/18
Local e Data

Nara de Oliveira Gomes
Assinatura e carimbo do emitente

17/07/2018 14:05
17/07/2018 14:05
17/07/2018 14:05

Informações do Atestado Médico

Unidade	HOSPITAL UNIMED CARU	Data Atend.	17/07/2018
Hora Atend.	20:45	Houve Internação?	Não
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 015 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.35.000 - FRATURA		
CID - 10	S62.0 - Fratura do osso navicular [escafoide] da mão		
Observações		CRM	0000014703 - UF: PE

Local e Data

Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 18/07/2018 às 15:10:02

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

file:///C:/CAT40/CAT2018259806301.HTM

18/07/2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lidia Kedma Gonçalo Ribeiro,
RG nº 8 338 046, data de expedição 21/10/2014,
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 073.238.204-13, com
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Monteiro Lobato, nº 602,
complemento 1ª andar, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Roberto Carlos Silva Ribeiro, cujo o condutor era
Roberto Carlos Silva Ribeiro.

Veículo: PASIMOTOCICLETA
Modelo: YAMAHA IXTZ 150 CROSSER ED
Ano: 2017
Placa: PDS 5608
Chassi: 9CE6G-25J0M0049797
Data do Acidente: 17/07/2018
Local e Data: Sítio Laranjeirinha (zona rural-Vitória S. Antão - PE) 17.07.2018



Lidia Kedma Gonçalo Ribeiro
(Assinatura do Declarante)

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



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE
ROSEMARY DA SILVA KENTA - TABELIA
RUA LEONARDO PORTO, 65 - CENTRO - CEP 55002-400 - TEL/FAX (81) 3721-6855 / 3721-2898 - E-MAIL: cartorio_zeficiocamuru_rosemary@yahoo.com.br

RECONHECO, por autenticidade a(s) firma(s) de: LIDIA KEDMA GONÇALO RIBEIRO selo:0077073.MDV08201804.01628
dou fe. CARUARU, 03/09/2018 14:04:55

Em testemunho da verdade

Maria Aparecida do Nascimento
Emolumentos R\$3.99 TSNR R\$0.80 Total a Pagar R\$4.79 Op. THIAGO

Q2

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



23 882 245/0001-95
Luis Filipe de Carvalho
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP: 55.012-190
Caruaru PE



Relatório Detalhes do Veículo

Data:

Hora:

Placa: PDS5608

Situação:

Nome proprietário: LIDIA KEDMA GONCALO RIBEIRO

CPF do proprietário:

UF: PE

Espécie: PAS

Marca: YAMAHA

Cor: CINZA

Município: CARUARU

Logradouro: RUA MONTEIRO LOBATO

Número: 602

CEP: 55024100

Complemento: 1 ANDAR

Chassi: 9C6DG2510H0049797

Renavam: 1126409755

Licenciamento: R\$0.0

IPVA: R\$0.0

Seguro: R\$0.0

Bombeiro: R\$0.0

Conservação: R\$0.0

Taxas: R\$0.0

Multas: R\$0.0

Quantidade de multas: 0

Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: 0.0

IPVA a vencer: 0.0

Total: 0.0

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED

Ano Fabricação: 2017

Bairro: INDIANOPOLIS

Restrição: AL. FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO
BRASIL SA





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

062 593 474-23

Roberto Carlos Silva Ribeiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Roberto Carlos Silva Ribeiro	062 593 474-13	Advogado
Endereço	Número	Complemento
Rua Monteiro Lobato	602	
Bairro	Estado	CEP
Jandiraópolis	PE	55024 100
Cidade		Telefone (DDD)
Porto Alegre		39177-2428
Email		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

4752

D/V

CONTA

NRO.

00004687

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Porto Alegre, 17 de Dezembro de 2018

Local e Data

Roberto Carlos Silva Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Roberto Carlos Silva Ribeiro CPF da Vítima 062.593.474-13 Data do Acidente 17-07-18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Goiânia 17 de Outubro de 2018
Local e Data

Roberto Carlos Silva Ribeiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 V001/2017

23 882 245/0001-95
Luis Felipe de Alcântara
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP: 55.012-190
Caruaru PE

