

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, estudante RG nº 9.599.529, expedido SDS/PE, CPF: 120.051.294-45, Sítio Chã de Castelo, Nº 12, Zona Rural, Lagoa do Carro-PE, CEP 55820-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, SALAS 09 e 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE.

PODERES: Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia" prevista no Art. 38 do Código de Processo Civil, conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, desistir, recorrer, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, agravar de instrumento e de petição, arguir exceção, formular recursos extraordinários e inominados, acompanhar andamento de processo, apresentar contra-razões, levantar, requerer ou receber Alvará Judicial, para dar quitação e transigir, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Olinda, 04 de Fevereiro de 2019.

Clevio Carlos Ribeiro da Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Cláudio Paulo Ribeiro da Silva
RG 9.599.529, CPF 120.051.294-45
Residente na Strada Chã de Antão, 12, Bairro Zona Rural
Cidade Lagoa do Lago, Estado de PE

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Timbaúba, 04 de Setembro de 2019

Cláudio Paulo Ribeiro da Silva

Assinatura do Declarante



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 17/04/2019 10:08:09
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041710080931800000043317065>
 Número do documento: 19041710080931800000043317065

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUBRIAND



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário:	123 176	CNS:		Idade:	23	Sexo:	M
Nome:	Cláudio Carlos Ribeiro da Silva	Nascimento:	11.11.94	Est. Civil:		CEP:	
End:	V. Sítio Ch. de Córado	Bairro:	União	Nac:		Doc Nº:	
Cidade:	Carapicoba	Nº:	512	Pal:		Responsável:	
Mãe:	Ana Joo da Conceição					Tel:	
Profissão:							

Últimas Ocorrências:

Data:	03.06.19	Hora:	04:00	Nº OCORRÊNCIA		Situação / Sintomas / Queixas / Eventos:	
-------	----------	-------	-------	---------------	--	--	--

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXA / DIAGNÓSTICO: Acidente, motociclista, 23 anos de idade no serviço particular, após tropeço pelo SUV. História de acidente de trânsito em 11/11/18, apresentando deformação na região da M1.	TRATAMENTO: ① Transfusão por via IV - Sangu: 5439118 ② SUV ③ SF 0,9% 300-1,0v. ④ RA ⑤ Hct
EXAMES COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: ① Hct de 19,5% post. ② Taxa de coag. (C).

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA: ☐	INTERNADO: ☐	☐ CURATIVO	☐ BÁSICO	ESP	TÉCNICO / COREN
		☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTOS		

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHAMENTO:

REMOVEDO:

OBITO:

M DO DIA

DATA SAÍDA:

HORÁRIO SAÍDA:

DATA:

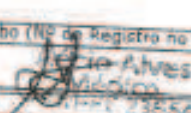
RECEPCIONISTA:

J. C.

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:		
☐ URGÊNCIA BÁSICA	☐ URG. ESPECIALIZADA	Dr. Rogério de Santana Médico CRM 26014
☐ OBS. BÁSICA	☐ OBS. ESPECIALIZADA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO:



Laudo para solicitação de autorização de Internação

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		CNES	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		CNES	5356067
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome do paciente				Nº Protocolo	
CLÉVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA				752678	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça Cor	Etnia	
	21/11/1994	Masc. ☒ Fem. ☐			
Nome da Mãe				Telefone de contato	
MARTA JOSE DA CONCEICAO					
Nome Responsável					
Endereço					
RUA ALTO DO MOURO		Número	Bairro		
		91	SANTO ANTONIO		
Município		IBGE	UF	CEP	
CARPINA				55811150	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
Principais Sinais e Sintomas Clínicos					
ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 DIAS					
Condições que justificam a internação					
CIRURGIA					
Principais Resultados de Provas Diagnósticas					
ANAMNESE + EXAMES DE IMAGEM					
Diagnóstico Inicial / Código					
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO		CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Descrição do Procedimento Solicitado				Código do Procedimento	
INTERNAÇÃO					
Especialidade	Caráter de Atendimento	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assis.		
ORTOPEDIA		☐ CNS ☐ CPF			
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)		
JEFFO ALVES		05/06/2018			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
☒ Acidente de trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série		
☐ Acid. Trabalho típico					
☐ Acid. Trabalho trajeto	CNPJ / Empresa	CNAE/Empres	CBO		
Vínculo com a Previdência		☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segu			
AUTORIZAÇÃO					
Nome do Profissional Autorizador		Cód. Órgão Emissor			
Documento		Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador			
☐ CNS ☐ CPF					
Data da Autorização		Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)			
					
Setor					



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: CLÉVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Prontuário: 752678

Atendimento: 162370

Unidade de Internação / Leito: ENF 11 - LEITO 02

Sexo: Masculino

Idade: 23 Anos, 6 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Data: 07/06/2018

1. Cirurgião: RENATA HIRSCHLE GALINDO ✓

1.1. Auxílio Cirúrgico: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

1.2. Auxílio Cirúrgico: LEONARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA

2. Instrumentador:

Anestesia: RAQUEL ANESTESIA

3. Anestesia:

1. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

1. ASSEPSIA + APOSEIÇÃO DE CAMPOS
2. INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL EM QUADRIL E
3. ABERTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
4. INSERÇÃO DE FIO GUIA, PORÉM NÃO FOI POSSÍVEL REALIZAR A REDUÇÃO INCRUENTA. POR ESSE MOTIVO, FOI REALIZADA INCISÃO
5. LAVAGEM DE COXA ESQUERDA ATÉ FOCO DE FRATURA E REALIZADA REDUÇÃO SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA
6. FRESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR
7. FIXAÇÃO COM HÍM ANTEROGRADA
8. BLOQUEIO DISTAL COM 02 PARAFUSOS
9. BLOQUEIO PROXIMAL COM 01 PARAFUSO
10. COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO
11. LIMPEZA COM SORO
12. SÍNTESE POR PLANOS + CURATIVO
13. UTILIZADO RADIOSCOPIA NA CIRURGIA

Dr. Wilton Matos da Paz Filho
Médico
CRM: 26617



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:	CÓDIGO	REVISÃO
GESTÃO DE PESSOAS	F.AT.SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Elvino Carlos Ribeiro da Silva

REGISTRO: 752678 DATA DE NASCIMENTO: 21/11/1994

RG: 9599529 ÓRGÃO EMISSOR: SDS PE

ENDEREÇO: Sítio Lha de Castelo - Capanga

NOME DA MÃE: Maria José da Penha

DATA ADMISSÃO: 05/06/2018 DATA ALTA: 09/06/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 07/06/2018 CID: S723

DIAGNÓSTICO: Fratura da diáfise do Fêmur

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de Fratura da diáfise do Fêmur.

MÉDICO: Renata Huchle

CREMEPE: _____

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 21 DE junho DE 2018


Dr. Elder Carvalho
Médico
CREMPE 22023
MÉDICO



Convênio: SUS - INTERNACAO

Responsável:

Atendimento: 162370

Nascimento: 21/11/1994

Nome: CLETO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Prontuário: 752678

Sexo: Masculino

Idade: 23 Anos, 6 Meses e 15 Dias

Data e Hora do Atendimento: 05/06/18 18:07:04

CPF:

Profissão:

Escolaridade:

Identidade: 9595529

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 164191629540001

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA CONCEICAO

Nome do Pai: GILVAN RIBEIRO DA SILVA

Endereço: RUA ALTO DO MOURO, SANTO ANTONIO, CEP: 55811150, Nº 91, CARPINA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 11 - LEITO 02

Médico: AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

DOENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 DIAS

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NON

EXAME FISICO GERAL:

EGG, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNEICO

AP - CARDIO - VASCULAR:

F. 92 T. 80 S/S

- RESPIRATORIO:

V4 AHT SEM RA

ABDOMEN:

MACRO, DEPRESSIVEL, INDOLOR

- GENITO - URINARIO:

DN

OUTROS:

NON

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

09-06-18

HORA DE SAÍDA:

AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

Sumário de Admissão e Alta

Nome: CLEVO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Prontuário: 752578

Atendimento: 151370

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 11 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

CID: S723 ✓

Procedimento Solicitado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Tempo de permanência Previsto:

06 dias

Procedimento SUS Realizado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

01. Cirurgião: RENATA HIRSCHLE GALINDO
02. 1. Auxílio Cirúrgico: WILTON MATOS DA PAZ FILHO
03. 2. Auxílio Cirúrgico: LEONARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA
04. 3. Auxílio Cirúrgico:
05. Demais Auxílios Cirúrgicos:
06. Anestesiologista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS
07. Clínico:
08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
- ☐ Janela de UTI
- ☐ Diária de Acompanhante
- ☐ Vacina Anti - Rh
- ☒ Uso de Prótese Ortese
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

Diagnóstico Principal: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 05/06/2018

Data da Alta: *09.06.18*

Dias de Hospitalização:

dia (s).

Wilton Matos da Paz Filho
Dr. WILTON MATOS DA PAZ FILHO
CRM: 26617



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DATA DE INTERNAMENTO: 05/06/2018

DATA DA CIRURGIA: 07/06/2018

DATA DE ALTA: 09/06/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 21/06/2018 **HORÁRIO:** 1200

MEDICO ASSISTENTE: DR. RENATA MIRSCHLE GALINDO

JABOTÃO DOS GUARARAPES, 9 DE JUNHO DE 2018


MEDICO: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA



HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Resumo de Alta

PÁGINA 1 DE 1
Emitido por: LEONNARDO CGO
Em: 22/11/2018 14:18

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA = 22/11/2018 14:17:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA
IDADE: 24 Anos
Data de Nascimento: 21/11/1994
RG: 9599526
SEXO: MASCULINO
PESO:
ALTURA:

PRESTADOR ASSISTENTE: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA
DATA DE ATENDIMENTO: 22/11/2018 13:27:18
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO
ATENDIMENTO: 187172
TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 hora(s)
PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S): S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

CONDIÇÃO DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

PROPOSIÇÃO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: PACIENTE COM BOM RECUPERAÇÃO CLÍNICA E RADIOGRÁFICA DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQ.
ADM: COMPLETA
ALTA DA ORTOPEDIA

CRM-20558

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
SOUL MV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



476493
0360966/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ºCIRC
DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0135002672**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2018** às **10:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/6/2018** às **04:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CONGRESSO EUCARISTICO INTERNACIONAL, 1** - Bairro: **SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SEMAFORO DA COMERCIAL 2001**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DSCONHECIDO (AUTOR) AGENTE)
EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (OUTRO)
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO** Pai: **GILVAN RIBEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1994** Nacionalidade: **LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9599529/SOS/PE (RG), 12005129448 (CPF), 05889326210 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 993639789**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SÍTIO CHA DOS CASTELOS - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAS - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DSCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **M** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MENDES MARTINS, 345 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA**, que estava em posse



do(a) Sr(a): **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR2167 (PERNAMBUCO/CARPINA)** Renavam: **101376494** Chassi: **9C2KC1680ER025115**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. CLEVIO CARLOS, INFORMANDO QUE NO DIA 02/06/2018, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS QUANDO TRANSITAVA NA MOTOCICLETA DE PLACA OYR 2167, DE PROPRIEDADE DO SR. EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA, NA AV. CONGRESSO EUCARISTICO, PE-90, NESTA CIDADE, NO SEMAFORO, EM FRENTE A COMERCIAL 2001, NO SENTIDO PAUDALHO A CARPINA, O ACUSADO VINHA ULTRAPASSANDO UM OUTRO VEICULO, NO SENTIDO CONTRARIO, EM UMA MOTO DE CONDUTOR E PLACA NÃO ANOTADA, QUE COLIDIU DE FRENTE COM A VITIMA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES ATÉ A UNIDADE MISTA LOCAL E LOGO APÓS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA NO FEMUR ESQUERDO. DIANTE O FATO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDENCIAS POLICIAIS QUE O CASO REQUER.

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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ AMARO DE AGUIAR** - Matrícula: **3847977**



SINISTRO 3180554006 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 12005129445**Posição em 02-01-2019 10:41:11**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/12/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50