

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILDO FELISBERTO DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06039-9

CONTA: 000000002862-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2910201405000000000023706039000000002862168750 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014810375

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILDO FELISBERTO DE SOUZA

Data do acidente: 28/05/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DOR ,EDEMA, LIMITAÇÃO ELEVAÇÃO ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO,HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DELTOIDE DIREITO.CICATRIZ CIRURGICA EM OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.TTO CIRURG E ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MANOEL ALVES DE CARVALHO

CRM do médico: 8536

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

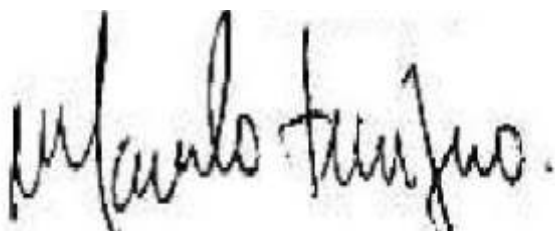
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCELO TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



COMPROVANTE DE RESIDENCIA



1004040

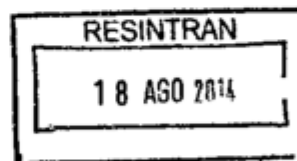
DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Gildo Felisberto de SouzaRG nº 7.321.079, data de expedição 07/05/12, Órgão SDS/PE,

CPF nº 064.569.834-28, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Fazenda Frazas
Número	8
Apto / Complemento	Casa, Zona Rural
Bairro	Santa Paula
Cidade	Floresta - PE
Estado	PE
CEP	56.400.000
Telefone de Contato	(87) 9634-4907
E-mail	" 9634-9291

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sexa Talhada 29-07-14Assinatura do Declarante: X Gildo Felisberto de Souza

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Número do Medidor	Tipo de Função	Anterior		Atual		Nº dias	Constante	Ajuste	Consumo
		Data	Leitura	Data	Leitura				
NF3396	CAT	08/02/2014	7.337,00	09/02/2014	7.431,00	78	1.00000		99,00

NÍVEL DE TENSÃO		
Tensão	Limite de Variação (%)	
Minimo	Maximo	
220	20	23

DATA PREVISTA PARA PROXIMA LEITURA: 07/03/2014

Este Consumidor pode solicitar a suspensão temporária de fornecimento de energia elétrica através do DCE, DCEI e DCEII.

FATO: Valor de Liquidação de Uso de Sistema de Distribuição = R\$ 10,10

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
Descrição	Composto	Valor Ajustado de 2013	Limite Máximo	Limite Mínimo
DCE - Nº. de horas sem energia	FLORESTA	7,92	12,35	24,71
DCEI - Nº. de vezes sem energia		2,00	7,97	15,94
DCEII - Duração máxima de interrupção de sistemas		7,84	8,79	0,00
DCEII - Duração de interrupção dos dias críticos				0,00
Limite DCEI: 18,60				

Informações importantes sobre a conta de energia:

A partir de 2015 entrará em vigor o sistema de tarifas horárias. Nesse mês estamos em vigor a bandeira AMARELA que implica cobrança adicional em 0,04 R\$/kWh. Mais informações em www.anel.gov.br. O cliente é compensado quando há redução na convivência individual do do nível de tensão de fornecimento. Em caso de suspensão de fornecimento, o encargamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de atendimento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade do ciclo no qual ocorreu a suspensão. A CELPE efetuará fatura de acordo com o artigo 24 da Lei nº 4.141/10, a partir da primeira conta.



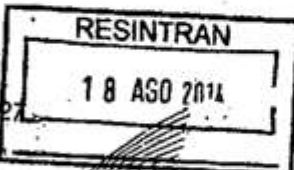
RENATO TAVEIRA DA PAZ

FZ FRAZAO 8
RENATO TAVEIRA

STA PAULA - RURAL/SANTA PAULA
56400-000 FLORESTA PE



www.celpe.com.br



Conta Contrato: 4005030027
Medidor: NF33966
Un. Leitura: 03141230
Sequência: 00008
Poste: X012073





PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORESTA

ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

HOSPITAL CEL. ALVARO FERRAZ

CÓDIGO 00012378

RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO

LOCALIDADE FLORESTA

SEGURADO

PROFISSÃO

ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO

LOCALIDADE

ESTADO

CEP

IDADE

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

LOCALIDADE

ESTADO

CEP

DATA DO ATENDIMENTO

RAPETIÇÃO DO ATENDIMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO

RESINTRA

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



898 6030 0980 9563

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

OBS: Anotar os resultados dos exames complementares realizados.

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

CLÍNICO

CIRÚRGICO

OBSTÉTRICO

PEDIÁTRICO

1 PRESCRITA

2 APLICADA

ASSINATURA DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO

ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE

Cidelo residente de Souza

INSTRUÇÕES

Preencher legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento.

Assinile com "X" as disciplinas procedidas de número, marcando a alternativa.

CONFERE COM O ORIGINAL

Eliane A. de M. Novaes Barros
Diretora do H.C.A.
Matrícula 2190

00794.975 / 0177-74

HOSPITAL CEL. ALVARO FERRAZ

R. Alcina Torres de Araújo, 39
Centro - CEP 56400-000
Floresta - PE

[illegible]

Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014810375 **Cidade:** Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILDO FELISBERTO DE SOUZA **Data do acidente:** 28/05/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO

Resultados terapêuticos: DEBILIDADE

Sequelas permanentes: LIMITACAO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: OMBRO 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

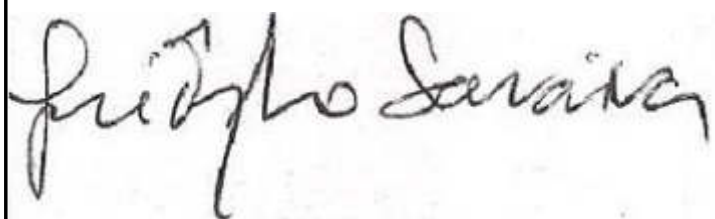
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

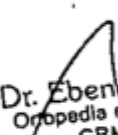
UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Cirurgia Realizada: <i>Fixação de clavícula</i>		N.º do Procedimento:	
Data: <i>04/06/14</i>	Início:	Término:	
Cirurgião: <i>Ebenezer</i>	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesista: <i>Am</i>

- ① *Am*
- ② *Am + Am*
- ③ *Redução + fixação de f4 com uma*
de fuso de Kirshen
- ④ *Am*
- ⑤ *Am*


 Dr. Ebenezer A. Silva
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 15.122
 CPF: 082.723.544-20

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



*1004

RESINTRAN

23 SET. 2014



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES
2 5 1 7 1 2 4

4 - CNES
2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

267321079

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898003009509563-

6 - GÊS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

2058

9 - NOME DO PACIENTE

Gildo Belisberto de Souza

10 - DATA DE NASCIMENTO
19/02/81

11 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Zulide Soares de Souza

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

87 96467962

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua. Frazão - Santa Paula

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Floresta

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Tram com fr de clavícula

RESINTRAN

23 SET. 2014

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

RA

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fr de clavícula

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S420

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

fr de fr de clavícula

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

04.0801015-0

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N.º DO CUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPS

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Eberone A. Silva
Ortopedia e Traumatologia

03/06/14

Hospital Francisco Anselmo
CNPJ 17.055.530/0001-98

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

41 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

46 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

47 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

48 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

49 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

50 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

51 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

52 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

53 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

AUTORIZAÇÃO

43 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

44 - COD ORÇÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPS

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Dr. Luiz Aureliano Carvalho
MÉDICO

MOTIVO DA ALTA: Relaxado

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: urgência

**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - A488 - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com

CLÍNICA**SUS**Número do Registro: 26088Data: 03/05/14**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Erildo Felisberto de Souza
Idade: 34 Sexo: Mas. Cor: Men. Estado Civil: Sol.
Profissão: Agricultor Naturalidade: Florista Nacionalidade: Brasileiro

Endereço:

Rua: Fazenda Arazão N.º: Bairro: Santa Paula
Idade: Florista Estado: PE Fone: 9646-796

Filiação:

Pai: Manoel Felisberto de Souza
Mãe: Zuleide Soares de Souza

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Fratura com FX de humerus

RESINTRAN**23 SET. 2014**Hipótese Diagnóstica: FX de humerusExames Solicitados: R4

Dr. Ebeneco A. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.122
CPF: 082.729.644-20

Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM 05/05/14

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2014

Carta nº: 5167438

A/C: GILDO FELISBERTO DE SOUZA

Sinistro: 2014810375
Vitima: GILDO FELISBERTO DE SOUZA
Data Acidente: 28/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



REGISTRO
GERAL

7.321.079

DATA DE
Emissão

07/05/2012

NOME

<< GILDO FELISBERTO DE SOUZA >>

RAÇÃO

<< MANOEL FELISBERTO DE SOUZA >>

<< ZULEIDE SOARES DE SOUZA >>

NATURALIDADE

FLORESTA - PE

DOC ORDEM

<< CN.9891 L.48A F.7SV CART.FLORESTA-
PE 02.03.1999 >>

DATA DE NASCIMENTO

19/02/1981

Assinatura do titular

LEIA E ASSINE

RESINTRAN

18 AGO 2014

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

10-221

10

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Gildo Felisberto de Souza

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2014

Carta nº: 5292684

A/C: GILDO FELISBERTO DE SOUZA

Sinistro: 2014810375
Vítima: GILDO FELISBERTO DE SOUZA
Data Acidente: 28/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



OUTROS

1004054



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

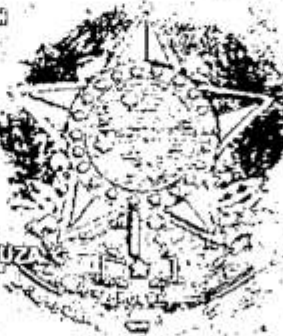
064.569.834-28

Nome

CILDO FELISBERTO DE SOUZA

Nascimento

1910/2/98

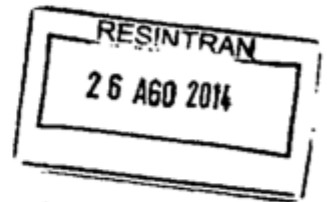


RESINTRAN

18 ASO 701A

14/692288

DECLARAÇÃO



DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA
BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME
DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 20 DE AGOSTO DE 2014

Gildo Felisberto de Souza

GILDO FELISBERTO DE SOUZA

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014810375 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **GILDO FELISBERTO DE SOUZA**
Endereço do(a) Examinado(a): **FAZ. FRAZAO nº 08 - SANTA PAULA / Z. RURAL - FLORESTA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7321079 - SSP**
Data local do exame: **22/10/2014 BELEM DE SAO FRANCISCO/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.TTO CIRURG E ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DOR, EDEMA, LIMITAÇÃO ELEVÇÃO ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DELTOIDE DIREITO. CICATRIZ CIRURGICA EM OMBRO ESQUERDO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

OMBRO ESQUERDO.

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - BELEM DE SAO FRANCISCO, 22/10/2014

Médico Perito: MANOEL ALVES DE CARVALHO CRM: 8536/PE


Manoel Alves de Carvalho
CRM-PE 8536
Clínico - Cardiologista

Assinatura do perito Examinador - CRM

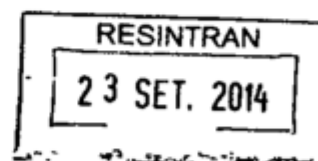
DECLARAÇÃO

Venho por meio de esta pedir que o analista baseado em meu PRONTUARIO CIRURGICO, vejam que eu fiquei com uma sequela fiz cirurgia e estou prejudicado, vocês NEGARAM, peço que vocês peçam uma nova PERÍCIA MÉDICA, por que se eu pago o IPVA todo ano é por que eu tenho DIREITO à receber a indenização pois tem gente que NÃO tem nada de sequela e vocês pagam sem nenhum problema por tanto exijo que vocês peçam a perícia.

Serra Talhada, 18 de setembro de 2014

Gildo Felisberto de Souza

GILDO FELISBERTO DE SOUZA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 187A. CIRCUNSCRICAO - FLORESTA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **14E0277000681**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/06/2014** às **11:46**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/5/2014** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA FRAZÃO - Bairro: ZONA RURAL DE FLORESTA - Município: FLORESTA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO A FAZENDA NESTOR VALGUERO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GILDO FELISBERTO DE SOUZA (NOTICIANTE)
ZULEIDE SOARES DE SOUZA (TESTEMUNHA)
RAFAEL DE SOUZA CARVALHO NETO (TESTEMUNHA)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): RAFAEL DE SOUZA CARVALHO NETO

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

(NOTICIANTE) - GILDO FELISBERTO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: ZULEIDE SOARES DE SOUZA; Pai: MANOEL FELISBERTO DE SOUZA Data de Nascimento: 19/2/1981; Naturalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

Documentos: 7321079/SDS/PE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: AGRICULTOR(A);

Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: 96467962

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA FRAZÃO, 0, ZONA RURAL DE FLORESTA, FLORESTA, PERNAMBUCO, BRASIL, PROXIMO NESTOR VALGUERO

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais: NAO INFORMADO

(TESTEMUNHA) - RAFAEL DE SOUZA CARVALHO NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: CATARINA ALVES DE CARVALHO; Pai: CLAUDIO DE CARVALHO SOUZA Data de Nascimento: 19/2/1981; Naturalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

Documentos: 5721976/SDS/PE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO;

Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA FRAZÃO, 0, ZONA RURAL DE FLORESTA, FLORESTA, PERNAMBUCO, BRASIL

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

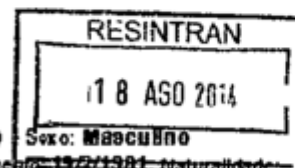
Dados Comerciais: NAO INFORMADO

(TESTEMUNHA) - ZULEIDE SOARES DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: CECILIA SOARES DE SOUZA; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: 31/3/1965; Naturalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

Documentos: 4804069/SSP/PE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO;

Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO



Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA FRAZÃO, 0, ZONA RURAL DE FLORESTA, FLORESTA, PERNAMBUCO, BRASIL

Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GILDO FELISBERTO DE SOUZA, que estava em posse do(a) Sr(a): RAFAEL DE SOUZA CARVALHO NETO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / CG 125 - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NÃO INFORMADO
Cor: CINZA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: KKQ0821 (PERNAMBUCO / FLORESTA) Chassi: 9C2JC90708R124240

Ano Fabricação/Modelo: 2007 / 2008

Complemento / Observação

A NOTICIANTE COMPARECE A ESTA D.P MUNDO DOS DOCUMENTOS EM ANEXO E GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA INFORMAR QUE NA REFERIDA DATA VINHA DE CARONA NA MOTOCICLETA EM TELA; QUNADO A MESMA DERRAPOU NA PISTA DE AREIA; QUE O MESMO VEIO A SOFRER LESÕES NA CLAVICULA; QUE FOI ATENDIDO NO HOSPITAL DE FLORESTA.

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

+ *Gildo Felisberto de Souza*
GILDO FELISBERTO DE SOUZA
(NOTICIANTE)

+ *Rafael de Souza Carvalho*
RAFAEL DE SOUZA CARVALHO
NETO
(TESTEMUNHA)

Zuleide Soares de Souza
ZULEIDE SOARES DE SOUZA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado pelo policial: DOMICIO MANOEL MARTINIANO PEREIRA - Matrícula: 350850-1

