

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT: 0800 0271204 ou 0800 0271205 (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 nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada, aposentadoria e pensões.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem sob sua fiscalização o cumprimento administrativo, técnico, exemplar e identifica se ocorrerem suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.177/95.

Pelo exposto, eu, José Gualberto de Carvalho, inscrito (a) no CPF/ONPI 083.562.324-65,
 na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário José da Silva Pereira, inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 302.494.534-54, divulgado de DPVAT cobertura Imobilizado, da Vítima
José da Silva Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 302.494.534-54, 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 à Seguradora Lider-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	Número	Conselheiros
Rua Duque de Caxias	310	R
Bairro	Estado	CNPJ
Ribeiro	PE	55900-000
E-mail	Fone/fone Celular (DDD)	Fone/fone Celular (DDD)
contamaria.giama@gmail.com	(81) 3626-3773	(81) 9.9808-6283

05.802.494/0001-41
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
Belo Horizonte - MG
RECIFE-PE

Goiânia 31 de junho de 2018

Assinatura em Declaração

05.802.494/0001-41
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
Belo Horizonte - MG
RECIFE-PE



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maria José dos Santos Lira,

RG: 8.635.909, data de expedição 21/08/2008

Órgão S.D.S, portador do CPF 087.576.026-41 com
domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Rua 30, nº 91,

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima José Antônio de Menezes,
cujo o conduto era José Antônio de Menezes.

Veículo: Moto

Modelo: Honda / CG150 FAN ESPI

Ano: 2014

Placa: OYZ 7863

Chassi: GC2KC1680ER516621

Data do Acidente: Bezerros - 13/12/2016

Local e data do cartório: 25 JAN. 2017 2º Cartório

Maria José dos Santos Lira

Assinatura do Declarante

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

05.802.294.000-01
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITDA

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

23 MAIO 2017
TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Dr. Júlio Marcondes, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3728-1102

Maurício José de Vasconcelos - Tabelião de Notas

Reconheço a firma por autenticidade das 25/01/2017 14:41:06

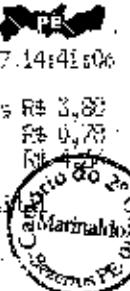
MARIA JOSÉ DOS SANTOS LIRAS/000000010

Em testemunho

Maurício José de Vasconcelos - Substituto Total

Salvo Digital N. 09777211001.01896

Lotação autenticidade em selodigital.mtsp.jus.br/selodigital



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maria Jose dos Santos Lira,

RG: 8.635.909, data de expedição 21/08/2008

Órgão SAS, portador do CPF 087.576.026-41 com
domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Rua 30, nº 91.

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima João Antonio de Menzes,
cujo o conduto era João Antonio de Menzes.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG150 FAN ESPI

Ano: 2014

Placa: 0Y2 7863

Chassi: 9C9KC1680ER516621

Data do Acidente: Blagnoz 13/12/2016

Local e data do cartório: 25 JAN. 2017

Maria Jose dos Santos Lira

Assinatura do Declarante

2º Cartório
05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18.11.17

Rua da Aurora, nº 175 - Sl. 902 Bl. C
Bela Vista - CEP: 50.060-010

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade |

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Montanari, 52 - Centro - Recife - PE - Fone: (81) 3726-1182
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheço a firma por autenticidade em: 25/01/2017 14:41:06
MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA, 44, F.
em testemunha: Marinaldo Jose de Vasconcelos - Procurador
Marinaldo Jose de Vasconcelos - Advogado Total
Selo Digital N. 007777-997201801.01836
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seledigital



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maria Jose dos Santos feira.

RG:8.635.909, data de expedição 21/08/2008
Órgão SAS, portador do CPF 087.536.024-44, com

domicílio na cidade de Belo Horizonte, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua 30, nº 91.

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima José Antônio de Menezes.,
cujo o conduto era José Antônio de Menezes..

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG150 FRN EPI

Ano: 2014

Placa: OYZ 7863

Chassi: GC2KC3680ER516691

Data do Acidente: 22/01/2016

Local e data do cartório: 25 JAN. 2017

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Ch. José Mariano, 63 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3728-1162

Márcio José de Vasconcelos - RG: 100.000-0
Reconheço a firma por autenticidade de: 23/01/2017 14:41:06
MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA, D
En testemunho
Justas R\$ 3,88
TSR R\$ 0,78
Márcio José de Vasconcelos - Instituto Total
Selo Digital N. 097171051218001-01886
data: 23/01/2017 hora: 14:41:06
http://selodigital.institutototal.com.br/selodigital/

Documento do médico Dr. João Batista

0008

Hora de atendimento:

20:42

Nome: João Antônio de Meneses

Profissão:

Sexo:

Data 11/12/16

Estado civil:

Idade: 41 anosFiliação: Azilda Mativa de Conceição

e

Endereço: R. Noveiro Setor de AlbuquerqueEnfermeira: RafaelaMédico: Dr. João

Relato do paciente atual:

Pressão arterial: _____ P脉: _____ Temp.: _____

Diagnóstico provisório:

Conduta:

US.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Hora da liberação:

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
MS/CEP: 50.060-010

Assinatura

Dr. JOÃO SÉrgio Batista
CRM-MG: 27456



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que o
Sr.(a) João Antônio de Menezes
Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia 11/12/2016 a 13/12/2016

Registro Hospitalar: 212386

Diagnóstico: Fratura dos Dedos

Tratamento: Cirúrgico.

OBS: Vítima de Acidente de Transito.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Foto 975/0260 27
FUSADA - (19) 3211-1000
de 13/12/2016
BR 232, Km 130
Indianaópolis - SP - 05000-000
Caruaru - PE

Caruaru 02 de Janeiro
Alexsandro da Cunha 2017
Setor de Arquivo - SAME do HRA
Matrícula 12450
[Signature]
Setor de Arquivo(SAME)

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

À LIBER

CPF : 067.795.014-41

DE : JOAO ANTONIO DE MENEZES

ASSUNTO: ATO DECLARATORIO

(EXIGENCIA)

Prezado(a)s,

Em atendimento a Vossa exigência, venho por meio desta informar que, na data do sinistro, qual seja, o dia 11/12/2016, sofri um acidente de transito fui SOCORRIDO POR POPULARES que mim levaram ATE a UNIDADE MISTA OLILIA MENDONCA SOUTO MAIOR por onde passei pelos primeiros procedimentos,depois fui transferido para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE , motivo pelo qual não é possível apresentar o ATO DECLARATORIO, exigido por esta conceituada Seguradora. Ademais, o BAM (Boletim do 1º Atendimento Médico) do já mencionado Hospital., informa claramente a Queixa Principal"APÓS ACIDENTE DE MOTO, além de conter o (s) EXAME(S) REALIZADO(S), DIAGNÓSTICO(S), CONDUTA(S) MÉDICA(S), E MÉDICO RESPONSÁVEL, inclusive com a assinatura do mesmo e carimbo. Por isto, comunico que não posso outra documentação e , caso esta seguradora entenda necessário, que seja realizada auditoria para a confirmação da veracidade do aqui relatado, sob pena de temos que tomar as medidas judiciais cabíveis.

Diante deste quadro, coloco-me também à disposição para a realização de eventual perícia, por uma junta médica de Vossa competência.

Sem mais, fico no aguardo

SAIRE (PE), 17 de ABRIL de 2017

X



Vítima: JOAO ANTONIO DE MENESES

CPF: 067.795.014-41

05.802.494/000-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLOCO
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PPC-PP-PP



Hora de atendimento:

20:42

Nome: José Antônio de Menezes

Profissão:

Sexo:

Data 31/12/16

Estado civil:

Idade: 41 anos

Filiação: Djalma Matias da Conceição

Endereço: R. Norma Sáto de Albuquerque

Enfermeira: Rafaela

Médico: Dg. João

Relato do paciente atual:

Pressão arterial: _____ P脉: _____ Temp.: _____

Diagnóstica provisória:

Conduta:

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA LTDA

18.11117-7

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-020
RJ/CEP/PR

Hora da liberação:

Assinatura

D. JOSÉ SANTOS
Machado
CHAMADA: 29453

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



Solução / Exames

Exa. Geral

Paciente JCTMS, da ocidente da moto no dia 20/05/2011, cuspindo com dor torácica e disnea. Nega perda da consciência ou vomito. Nega ferimentos.

- As exan: A - vias aéreas livres
B - PMSB M RA
C - RCR = 270 segs.
D - glicose 15
E - PCL na face

Cor: Rx de torax + Rx de pulm
- Av. do CBMF - Av. da Ortopedia

Jessica Santos
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRMSE 4731

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Assinatura do(a) profissional responsável pelo atendimento que assinou o termo de alta:

SR. SOON

RG:

Bruno Cunha

Tel.:

Assinatura

Autenticação de Procedimento

Paciente Familiar

ID:

RG:

Preço:

Tel.:

Endereço:

Assinatura

Definitivo:

Termo do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
Transferência: _____ Internamento _____

05-802-494/0001-11

Lado de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

18 JUN 2013

Hora: _____ Médico: _____

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 907 BL C CRM:

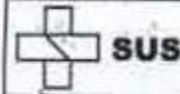
Rua Vista - CEP: 50.060-010

2016 11:49:14 PM

#2

Usuário do Atendimento

LUCIANAAP



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

242741

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Joaão Aronzo de Menezes

912386

6 - N° DO PRONTUÁRIO

819181002 B191241104182 21/07/75

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - RACA/CO

12 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DA MÃE

DDD

N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

N° DO TELEFONE

Rua Neenera Santos Albuquerque N° 36 Bº Centro
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SAÍRA - PR

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Napoleone Aronzo de Menezes 2º GMD I
 febre inicio nos dentes
 96° 40° 04/15/030013

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

* fral - 0108020559

* armo seu 04/12/19260

* Sutum ext - 0413040178

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

31/04/11,09 1-7009

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Tumor 2ºGMD - Período exoftílico e paroxismo

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

tum curto

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

outrocurto oucurto

31 - DOCUMENTO

() CNS

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Waldemiro Ferreira

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/12/16

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - N° DO BILHETE
DE SEGUROS LTDA

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA
44 - CBO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

PE - 40 - 004

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INT

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

261610735586-2

CRIT 103

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: JOSÉ ANTONIO DO MENEDES

Nº do Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do Leito:

Operador: LEONARDO LIMA

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

12/12/16

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Hemimembro extenso com D

Diagnóstico Pós-Operatório:

DPO em membro extenso L-GD

Operação Proposta:

LGF Sutura

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Ficarante da articulação dos Anos
- ② Aspiração e antisepsia
- ③ Aposição de campos
- ④ Laringe laringostoma C1 8f0,9f, f deslocamento de tecidos desvitalizados
- ⑤ Sutura dos tecidos livres C1
- ⑥ NÃO Foi feito a fixação do tendão per feita de fio de K
- ⑦ Curativo

05.802.494/0001-41
TRANSMERCEADORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, nº 275, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010

DR. LEONARDO LIMA
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
C.R.P. 12728 - C.R.O. 11213



COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

N 148663

FICHA DE ANESTESIA

VALOR

NOME 5260 Antônio Alves Menezes		REGISTRO SI 2336		CATEGORIA SUS	
HOSPITAL HAD		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR Br <input type="checkbox"/> Pd <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	IDADE 41	HORÁRIO 14:30
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fimamento extenso - COVID		PESO 70 Kg	PA 140 x 70	FC 75 BPM	RESPIRAÇÃO ASA 16 RPM II
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O mesmo		CÓDIGO CIRURGIA			PORTE %
OPERAÇÃO PROPOSTA União + sutura					
OPERAÇÃO REALIZADA O mesmo					
HORÁRIO 03					
SpO ₂ %					
ECG					
Tc (faúbris)					
200					
180					
160					
140					
120					
100					
80					
60					
40					
20					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					
200					
0					
1000					
800					
600					
400					

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

BLOCO CIRÚRGICO 283415

PACIENTE: José Antônio de Menezes REGISTRO N° 212386
 SALA CIRÚRGICA N° 02 DATA 21/12/16
 CIRURGIA: tratamento cirúrgico de ferimento extenso CIRURGIÃO: Dr. Leonardo Cahejo
 ANESTESIA: Raqui + sedação ANESTESIOLOGISTA: Dr. Raoni

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
1	Oxigênio				Aguilha Descartável		
	Água Destilada				Aguilha para Pendura		
	Atropina			01	Aguilha para Raqui	100	1
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
02	Cefazolina 1g	1		02	Atadura Crepom	100	1
	Clonidina			04	Cateter para Oxigênio		
	Desametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona	1			Coletor de Urina Fechado		
	Etiléfrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização	15	
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostamina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
15	Soro Fisiológico	1000	04		Fio de Nylon 30	1	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			10	Gase 7,5x7,5	100	
02	Tenoxicano	1		01	Lâmina de Bisturi 26	1	
01	Tintarmil	1		01	Luvas Estéreis 7,0	1	
01	medoxalum	1		02	Luvas Estéreis 7,5	1	
01	Bupivacaína	1		02	Luvas Estéreis 8,0	1	
				02	Seringa 5ml	1	
				02	Seringa 10ml	1	
					Seringa 20ml		
					Sonda de Foley		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração	5.802.494/0001-41	
				1X	clavulanico 400		
				1X	Alcool 70%		
				1X	Uparodex 100		
				02	Compressas 5x5	1	
SUBTOTAL				SUBTOTAL		Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL L Belo Horizonte - CEP 30.060-010	
				TOTAL		Assinatura do Cirurgião	

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

Dr. Leonardo Cahejo
 Ortopedia - Traumatologia

CRM-11283 - TECOT 11153

Assinatura do Cirurgião

Maria Elizabeth

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO REFERENCIADA

PACIENTE: João Antônio de Melo zez 41

PRONTUÁRIO: _____

DATA: 11/12/16 HORA: 2200

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Acidente moto, paciente
alcoolizado, queixa-se de dor e compromisso
pélvico

Nº - Fratura Pélvica?

HOSPITAL REFERENCIADO: H.R.A

SENHA AUTORIZADA: 50 60 720

05.802.494/0001-41

ASS. / CARIMBO DO MÉDICO REGULADOR: Doutor Anderson Sá 05.802.494/0001-41
CREMEPE 22452 TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUIMENTO LTDA

12 JUN 2017

Rua da Aurora, nº 175, S. 902 BL. C
Braúna - CEP 50.060-010

PP/MS/PE

OBS.: A transferência para o Hospital referenciado só deverá ser realizada após estar assegurado o leito para a internação.

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

ORT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 283011

Prontuário: 212386

JOAO ANTONIO DE MENEZES

Nasc.: 21/07/1975

Idade: 41

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

RG:

CNS: 898002392412482

Nº: 36

Endereço: RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE

Bairro: CENTRO

CEP: 5695970

Fone: 98099211

Cidade: SAIRE

Estado: PE

Morada Mae: OSITA MARIA DA CONCEICAO

Companhante:

Motivo de Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Profissão:

ATENDIMENTO

Data: 11/12/2016 23:48

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Principal HDA:

Paciente c/ fratura de coluna com envolvimento da lombar e em joelhos. Nega dor nas costas. Refere hematoma no joelho.

Exame:

Paciente, orientado, conversa, pa: _____, fc: _____, fr: _____.

Fraturas, em menor grau referindo em joelhos (esq) e direito (dir).

Provisorio:

Estabilizado

Exames feitos em joelhos (esq)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11/12/2016
Rua da Aurora, 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Recife - PE

Dietas:

RECIFE-PE

Horário

07/12/2016

celibato 2g + 1M + 1kg

3/16

1º dia 100g + 100g + 50g + 50g

06

2º dia 100g + 100g + 50g + 50g

3/16

3º dia 100g + 100g + 50g + 50g

3/16

4º dia 100g + 100g + 50g + 50g

3/16

5º dia 100g + 100g + 50g + 50g

3/16

6º dia 100g + 100g + 50g + 50g

3/16

7º dia 100g + 100g + 50g + 50g

3/16

8º dia 100g + 100g + 50g + 50g

3/16

9º dia 100g + 100g + 50g + 50g

3/16

Jr. José Siqueira Filho
Cirurgião Dentista
CRM 11.110

Jr. José Siqueira Filho
Cirurgião Dentista
CRM 11.110

Jr. José Siqueira Filho
Cirurgião Dentista
CRM 11.110

Hora de atendimento:

20:42

Nome: João Antônio de Menezes

Profissão:

Sexo:

Data 11/12/16

Estado civil:

Idade: 41 anosFiliação: Edilson Marin de ConceiçãoEndereço: R. Norma Sitos de AlbuquerqueEnfermeira: RafaelaMédico: Dra. João

Relato do paciente atual:

Pressão arterial:

P脉:

Temp.:

Diagnóstico provisório:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2016

Rua da Aurora, nº 175, sl. 802 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 SET 2016
Rua da Aurora, nº 175, sl. 802 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Conduta:

Hora da liberação:

Assinatura

D. João Sérgio A. Faria
Médico
CRM-PE: 70459

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EMERGÊNCIA



Intubação / Exames

Alta Geral

Paciente vítima de acidente de moto na
Ribeira, 11112, levando com dor torácica e
Dorvento. Nega perda da consciência ou vomito.
Nega cefaleia.

As exan: A - vias aéreas livres

B - PUPP M RA

C - RCR - 25 Ø 10mm

D - Gasogram 15

E - PCE na face

Co: Rx de torax + Rx de pulm
- An. de CBMF - An. de gástricop

Jessica Santos
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM/SE 4731

no de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Assinatura do(a) profissional que se responsabiliza pelo paciente:

RG:

Tel.:

Assinatura

Justificação de Procedimento

Paciente Familiar

RG:

Tel.:

Assinatura

Definitivo:

no do Paciente

Alta: Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido

Transferência: _____ Internamento 05.802.494/0001-41

Cond. de Alta

Melhorado Inalterado Óbito

Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C CRM:

Boa Vista - CEP: 50.060-010

2016 11:49:14 PM

s2

05.802.494/0001-41

TRACAU CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

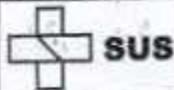
Usuario do Atendimento

LUCIANAAP

14 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010



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

2 - CNES

242741

DMZB
Data: 17/03

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Amaro de Menezes

5 - Nº DO PRONTUÁRIO
912386

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8981002B1924119482

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/07/75

9 - SEXO

Masc. Fem. 3

10 - RAÇA/CO

11 - NOME DA MÃE

05dc Maria da Conceição

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Neiva Santos Albuquerque N.º 36 B. Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

SAJ/PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Nascer com 2º grau de
poliuria inicio nos 103 dias
de vida. Consulta
Polibrasil 0415030013

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRACAO CORREORA
DE SEGUROS LTDA

* Fract - 0108020539

aniso 562.124/19260

* Sutum ext - 0413040178

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

Rua da Aurora, N.º 175, 51.902-010
Belo Horizonte - CEP: 51.060-010

✓ + Anamnesis

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

aniso 2º grau, perda de peso e pioria
funcional

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

tatu cílio

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

05.802.494/0001-41

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

05.802.494/0001-41

() CNS

() CPF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36 - N.º DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CBO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - SÉRIE

TRACAO CORREORA

DESEGUROS LTDA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INT

PE - 40 - 004

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INT

50 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

CR 1710

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INT

05.802.494/0001-41

53 - CBO

54 - CNAE DA EMPRESA

55 - CBO

56 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INT

261610735586-2

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: JOÃO ANTONIO DO MEIRELES

Nº do Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do Leito:

Operador: NEONÁUDIO CAVALCANTI

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesiista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

12/18/16

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Hematoma extenso lona D f

Diagnóstico Pós-Operatório:

Droga no plantelho exposto L-QD

Operação Proposta:

05.802.494/0001-41

TRIAGEM CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2016

Operação Realizada:

WC + Sutura

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

RECIFE-PÉ

- ① Frente da escápula 80% Anestesia
- ② Anestesia e Rinssestesia
- ③ Aposição de campos
- ④ Laringe traqueia C1 Sfo.9%, f desfibrilado
- ⑤ Desfibrilador desfibrilado
- ⑥ Sutura das feridas C1 Nyloc
- ⑦ NÃO Foi feito a fixação do tendão por falta de bio fix K
- ⑧ Glutaral

05.802.494/0001-41

TRIAGEM CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

RECIFE-PÉ

RECIFE-PÉ

RECIFE-PÉ

RECIFE-PÉ

RECIFE-PÉ

RECIFE-PÉ

RECIFE-PÉ

Dr. Leonardo Carvalho



COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

N 148663

FICHA DE ANESTESIA

-VALOR

ANESTELOGISTAS DO INTERIOR DE PE						REGISTRO	CATEGORIA
						212386	303
NOME	SILVA Antônio Al MENEZES						
HOSPITAL	HNO			SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR Br <input type="checkbox"/> Pq <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	IDADE 41	HORÁRIO 13:30
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Ferimento extenso (Covid)			PESO 70 kg	PA 140 x 70	FC 80 BPM	RESPIRAÇÃO ASA 16 IRPM II
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	O mesmo			CÓDIGO CIRURGIA			PORTE %
OPERAÇÃO PROPOSTA	Amputação Crânica + Sutura						
OPERAÇÃO REALIZADA	O mesmo						
HORÁRIO Ox				05.802.494/0001-41			
				USO DE ELETRODE			
				TRACADO ELETRODE			
				DE SEGUROS LEDA			
				11 SET 2021			
Seção	1	2	3	Rua da Aurora, 1175 - 90780-000			
Endr				Rua Vitor - CEP: 50.060-010			
Obs	05.802.494/0001-41			RECIFE-PE			
0	20	40	60	80	100	120	140
100	120	140	160	180	200	220	240
220	240	260	280	300	320	340	360
320	340	360	380	400	420	440	460
420	440	460	480	500	520	540	560
520	540	560	580	600	620	640	660
620	640	660	680	700	720	740	760
720	740	760	780	800	820	840	860
820	840	860	880	900	920	940	960
920	940	960	980	1000	1020	1040	1060
1020	1040	1060	1080	1100	1120	1140	1160
1120	1140	1160	1180	1200	1220	1240	1260
1220	1240	1260	1280	1300	1320	1340	1360
1320	1340	1360	1380	1400	1420	1440	1460
1420	1440	1460	1480	1500	1520	1540	1560
1520	1540	1560	1580	1600	1620	1640	1660
1620	1640	1660	1680	1700	1720	1740	1760
1720	1740	1760	1780	1800	1820	1840	1860
1820	1840	1860	1880	1900	1920	1940	1960
1920	1940	1960	1980	2000	2020	2040	2060
2020	2040	2060	2080	2100	2120	2140	2160
2120	2140	2160	2180	2200	2220	2240	2260
2220	2240	2260	2280	2300	2320	2340	2360
2320	2340	2360	2380	2400	2420	2440	2460
2420	2440	2460	2480	2500	2520	2540	2560
2520	2540	2560	2580	2600	2620	2640	2660
2620	2640	2660	2680	2700	2720	2740	2760
2720	2740	2760	2780	2800	2820	2840	2860
2820	2840	2860	2880	2900	2920	2940	2960
2920	2940	2960	2980	3000	3020	3040	3060
3020	3040	3060	3080	3100	3120	3140	3160
3120	3140	3160	3180	3200	3220	3240	3260
3220	3240	3260	3280	3300	3320	3340	3360
3320	3340	3360	3380	3400	3420	3440	3460
3420	3440	3460	3480	3500	3520	3540	3560
3520	3540	3560	3580	3600	3620	3640	3660
3620	3640	3660	3680	3700	3720	3740	3760
3720	3740	3760	3780	3800	3820	3840	3860
3820	3840	3860	3880	3900	3920	3940	3960
3920	3940	3960	3980	4000	4020	4040	4060
4020	4040	4060	4080	4100	4120	4140	4160
4120	4140	4160	4180	4200	4220	4240	4260
4220	4240	4260	4280	4300	4320	4340	4360
4320	4340	4360	4380	4400	4420	4440	4460
4420	4440	4460	4480	4500	4520	4540	4560
4520	4540	4560	4580	4600	4620	4640	4660
4620	4640	4660	4680	4700	4720	4740	4760
4720	4740	4760	4780	4800	4820	4840	4860
4820	4840	4860	4880	4900	4920	4940	4960
4920	4940	4960	4980	5000	5020	5040	5060
5020	5040	5060	5080	5100	5120	5140	5160
5120	5140	5160	5180	5200	5220	5240	5260
5220	5240	5260	5280	5300	5320	5340	5360
5320	5340	5360	5380	5400	5420	5440	5460
5420	5440	5460	5480	5500	5520	5540	5560
5520	5540	5560	5580	5600	5620	5640	5660
5620	5640	5660	5680	5700	5720	5740	5760
5720	5740	5760	5780	5800	5820	5840	5860
5820	5840	5860	5880	5900	5920	5940	5960
5920	5940	5960	5980	6000	6020	6040	6060
6020	6040	6060	6080	6100	6120	6140	6160
6120	6140	6160	6180	6200	6220	6240	6260
6220	6240	6260	6280	6300	6320	6340	6360
6320	6340	6360	6380	6400	6420	6440	6460
6420	6440	6460	6480	6500	6520	6540	6560
6520	6540	6560	6580	6600	6620	6640	6660
6620	6640	6660	6680	6700	6720	6740	6760
6720	6740	6760	6780	6800	6820	6840	6860
6820	6840	6860	6880	6900	6920	6940	6960
6920	6940	6960	6980	7000	7020	7040	7060
7020	7040	7060	7080	7100	7120	7140	7160
7120	7140	7160	7180	7200	7220	7240	7260
7220	7240	7260	7280	7300	7320	7340	7360
7320	7340	7360	7380	7400	7420	7440	7460
7420	7440	7460	7480	7500	7520	7540	7560
7520	7540	7560	7580	7600	7620	7640	7660
7620	7640	7660	7680	7700	7720	7740	7760
7720	7740	7760	7780	7800	7820	7840	7860
7820	7840	7860	7880	7900	7920	7940	7960
7920	7940	7960	7980	8000	8020	8040	8060
8020	8040	8060	8080	8100	8120	8140	8160
8120	8140	8160	8180	8200	8220	8240	8260
8220	8240	8260	8280	8300	8320	8340	8360
8320	8340	8360	8380	8400	8420	8440	8460
8420	8440	8460	8480	8500	8520	8540	8560
8520	8540	8560	8580	8600	8620	8640	8660
8620	8640	8660	8680	8700	8720	8740	8760
8720	8740	8760	8780	8800	8820	8840	8860
8820	8840	8860	8880	8900	8920	8940	8960
8920	8940	8960	8980	9000	9020	9040	9060
9020	9040	9060	9080	9100	9120	9140	9160
9120	9140	9160	9180	9200	9220	9240	9260
9220	9240	9260	9280	9300	9320	9340	9360
9320	9340	9360	9380	9400	9420	9440	9460
9420	9440	9460	9480	9500	9520	9540	9560
9520	9540	9560	9580	9600	9620	9640	9660
9620	9640	9660	9680	9700	9720	9740	9760
9720	9740	9760	9780	9800	9820	9840	9860
9820	9840	9860	9880	9900	9920	9940	9960
9920	9940	9960	9980	10000	10020	10040	10060

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

BLOCO CIRÚRGICO 2834/5

PACIENTE: José Antônio de Menezes REGISTRO N° 242386
SALA CIRÚRGICA N° 02 DATA 12/12/16
CIRURGIA: Intervento cirúrgico de ferimento existente CIRURGIÃO: Dr. Leonardo Canijo
ANESTESIA: Raque + sedação ANESTESIOLOGISTA: Dr. Raoni

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina			01	Agulha para Raqui	25	1
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
02	Cefazolina 1g	L		02	Atadura Crepom	16,50	5
	Clonidina			04	Cateter para Oxigênio		1
	Desametasona 4mg				Cateter para Venopuncção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona	L			Coletor de Urina Fechado		
	Etilerfina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		15
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostamina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
15	Soro Fisiológico	0,5000	0,5000	04	Fio de Nylon	3,0	12
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			10	Gase 7,5x7,5		100
02	Tenoxicano	L		01	Lâmina de Bisturi	2,00	1
01	Tetracaine	1		01	Luvas Estéreis 7,0		
01	Medetomidina	1		09	Luvas Estéreis 7,5	L	
01	Bupivacaína	1		01	Luvas Estéreis 8,0	L	
				02	Seringa 5ml	L	
				02	Seringa 10ml	L	
					Seringa 20ml		
					Sonda de Foley		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
					TX claviedine 10g		
					TX Alcool 70%		
					TX Univeshampoo		
					02 Camperol 0,5		
SUBTOTAL		SUBTOTAL		TOTAL		TOTAL	

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

Br. Leonardo Cahejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM-1783 - IEOT 11153

Assinatura do Cirurgião

Marta Elizabeth

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO REFERENCIADA

PACIENTE: José Antônio de Melo zez 41

PRONTUÁRIO: _____

DATA: 11/12/16 HORA: 2200

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Acidente metro, paciente
alcoolizado, apresentar-se com dor e compromisso
pélvico

ND - Fratura Pélvica?

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2016

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 92-BL C
Boa Vista, CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HOSPITAL REFERENCIADO: HRA

SENHA AUTORIZADA: 50 60 720

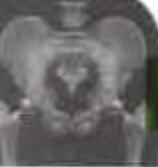
ASS. / CARIMBO DO MÉDICO REGULADOR:

Dra. Fabiana Sá Barreto
CREMEPE 22452

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2016
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 92-BL C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010

OBS.: A transferência para o Hospital referenciado só deverá ser realizada após estar assegurado o leito para a internação.



HANDO MÉDICO

Sociedade JOÃO ANTONIO DE MENEZES, vítima de acidente
de trânsito em 11/12/2016 seguindo B.O de N°: ITED1910000099

Sobre extenso fraturado na COXA DIREITA, FRATURA
EXPLOSIVA DO 2º QDD; Foi submetido a tratamento cirúrgico
para lAVAGEM EXPANSIVA DA COXA DIREITA + DEBRIDAMENTO
+ SÍNTESE DA COXA DIREITA + LUXAÇÃO + DEBRIDAMENTO +
Fixação do 2º QDD.

O mesmo volta com lesões:

- Deformar acentuadamente a coxa direita
+ 2 QDD
- luxação dos membros + luxações
pernas

SLF's Autobrônquial Deputado

05.802.494/0001-41

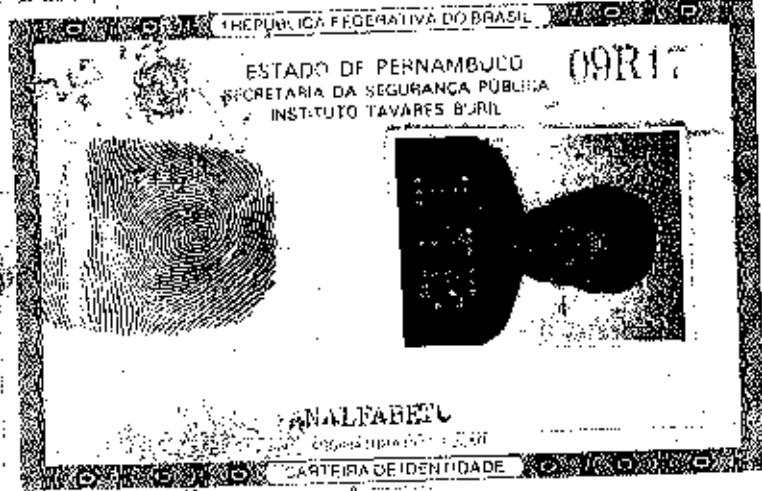
THAÇAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

4 SET 2019

Rua da Aurora, N° 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

CODIGO 562

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8594
CPF: 172.678.334-01



VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
NOME: JOÃO ANTONIO DE MENEZES

RESIDÊNCIA: Heráclio Antônio de Menezes
esita Maria da Conceição

NATURALIDADE: Sairé PE
DOC. ORIGEM: C.Nasc. no 1.520.1.01 F.136 - Carteira de Sairé PE.

DATA DE NASCIMENTO: 21.07.1975

CPF: 0001234567890

Documentos de identificação

LEI N° 17.165 DE 29/08/83



CÓDIGO DE CONTROLE
B3D3.04CC.FDAD.1017

A identidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 16:38:37 de dia 19/12/2013 (hora e data de Brasília)
digite verificador: 00

MÍNISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.795.014-41

Nome
JOÃO ANTONIO DE MENEZES

Nascimento
21/07/1975

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/JUV 1
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PE/CNPJ:PF



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
NOME 7.532.548
DATA DE EXPEDIÇÃO 04/02/2013

GENI RUFINO TORRES DE MENEZES

PAI / MÃE
<< JOÃO JOSE DE TORRES >>
<< MARIA RUFINO DA SILVA >>

NATURALIDADE
SAIRÉ - PE

DATA DE NASCIMENTO
28/03/1990

PAÍS DE ORIGEM << 077467 01 55 2012 2 00017 093
0000733-22 SAIRÉ - PE >>

CPF
091.321.424-80

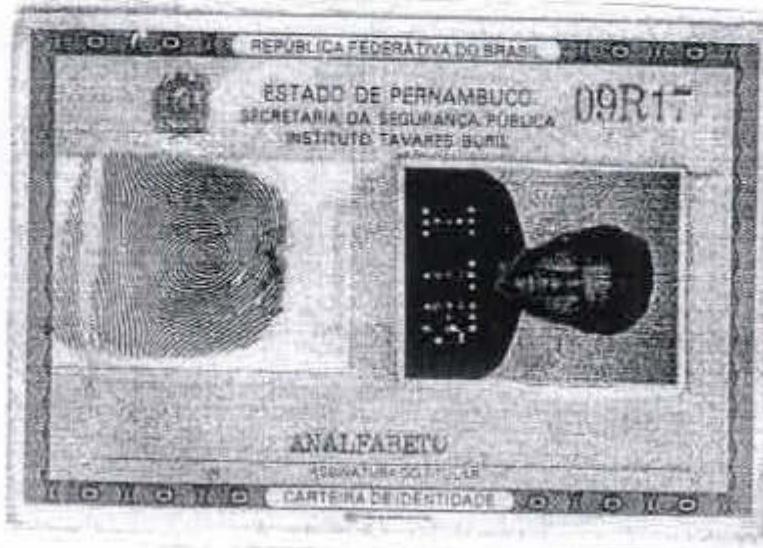
LEIA OS DADOS NA CONTRA-PÁGINA

Barcode

05.802.494/0001-17
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

NÚMERO: 5384093 DATA DE EMISSAO: 24.04.1995

DESENHO: ANTONIO DE MENEZES

ESPECIE: Herdeiro autorizado de Manoel
e sua Maria da Conceição

NATURALIDADE: Sairé PB DATA DE NASCIMENTO: 23.07.1975

doc. ch. 1.524-1.4.01 F.136 - Of. de Sairé PB.

LEI Nº 116 DE 29/09/63

Brasão do Brasil

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2001

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BL C
Ribeirão Preto - CEP 140.060-010



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

067.795.014-41

Nome

JOAO ANTONIO DE MENEZES

Nascimento

21/07/1975

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITALIS

18 JUN 2011

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Bon Vista - CEP: 50.060-010
PR/UFF/UFSC

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.532.548

DATAS DE EXPEDICAO 04/02/2013

<< GENI RUFINO TORRES DE MENEZES >>

<< JOÃO JOSE DE TORRES >>
 << MARIA RUFINO DA SILVA >>

ESTADO: PERNAMBUCO
 MUNICIPIO: SAIRÉ - PE

NASCIMENTO: 28/03/1990

INSCRIÇÃO: << 077487 11.55 2012 2 00017 093
 0000733 22 SAIRÉ-PE>>

CEP: 521.321.424-80

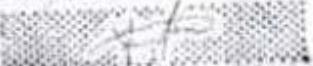
FOTO: 

FOTO: 



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2013

Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 Bl C
 CEP 50.060-010



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL: 5384093 DATA DE EXPEDIÇÃO 24.04.1995

NOME: JOÃO ANTÔNIO DE MENEZES

MÍTICO: Heráclito Antônio de Menezes
esposa Maria da Conceição

NATURALIDADE: Saíré PE DATA DE NASCIMENTO: 21.07.1975
Av. Coronel G. Nasc. nº 1.530 - Lote 401 F.136 - Centro
de Saíré PE.

Assinatura: [Signature]

Boletim de Identificação de Pessoas

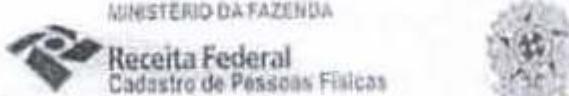
LICEN7.116 DE 28/08/95

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 NOV 2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.795.014-41

Nome
JOAO ANTONIO DE MENEZES

Nascimento
21/07/1975

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2009

Rua da Aurora, nº 125, 5º 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 SET 2009
RUA DA AURORA, 125, 5º 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2014

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETAN-PE
REGISTRO DE PROPRIEDADE MÓVEL
998367270 2015

MARIA JOSÉ DOS SANTOS LIRA

BEZERRA-PE

067-576-024-41 0727863

***** HONDA CG150 FAN E3DI 9C2F1680ER516621

FAB MOTOCICLETAS

HONDA/CG150 FAN E3DI 2014 2014

29/149CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2016 QUITADO

SEGURADO PAGO

SEM RESERVA

BEZERRA-PE 06/06/16

Charles Andrews Souza Ribeiro

SEGURO OBRIGATÓRIO
AUTOMÓVEIS DE MARCHA
TRANSPORTES

DUT

-0007-

PC Nº 012237377180 MINISTÉRIO DAS CIDADES
MARIA JOSÉ DOS SANTOS LIRA

REFOLHO DE SEGURO DE VEÍCULOS AUTOMÓVEIS
ASSEGURADORA: MARCO POLO
ASSEGURADA: MARIA JOSÉ DOS SANTOS LIRA
VALOR DA COBERTURA: R\$ 10.000,00
VÁLIDO ATÉ: 06/06/2017

BEZERRA-PE

2016 06/06/16

067-576-024-41 0727863

998367270 HONDA/CG150 FAN E3DI

2014 09 9C2F1680ER516621

ESTRIBALHADA IPVA 2016

DETAQUE E GUARDE O SELHETO DE VAT
PAGAMENTO DE IPVA NO DETRAN

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
Belo Horizonte - MG

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180428339 **Cidade:** Sairé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANTONIO DE MENEZES **Data do acidente:** 11/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO JOELHO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA E DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA E LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: MEMBRO INFERIOR DIREITO INDENIZADO COM 50% DE DANO NO PROCESSO 2014107909 - O TRAUMA NO JOELHO DIREITO SOFRIDO NO ACIDENTE EM QUESTÃO NÃO ULTRAPASSA O VALOR JÁ INDENIZADO.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabellāo

Rua Dr. José Mariano, 62 , Centro – CEP: 55660-000 - Bezerros – PE.
Fone: (081) 3728-1182 - Email: carteriobezerros@yahoo.com.br



LIVRO: 264-P / - / FOLHA: 112

TRASLADO; 1º

PROCURAÇÃO bastante que faz: JOÃO ANTONIO
DE MENEZES na forma abaixo:

S A I B A M/ quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos seis (06) dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade é Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício à meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, capaz, analfabeto, agricultor, nascido em 21/07/1975, portador da Cédula de Identidade RG nº 5384093-SSP/PE e inscrito no CPF/MF nº 067.795.014-41, residente e domiciliado na RUA/UM, Nº 36, LOTE VALE VERDE, COHAB, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; reconhecido de mim, tabelião, à vista dos documentos de identificação, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**, brasileira, casada, alfabetizada, agricultora, nascida em 28/03/1990, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 7.532.548-SDS/PE e inscrita no CPF/MF nº 091.321.424-80, residente e domiciliada RUA SETE VALE VERDE, Nº 33, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as **SEGURADORAS** que constituem o **CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais; apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, aceita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo da outorgante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patrícia de Melo, brasileira, portadora do RG. nº 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF nº 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade.

Emolumentos líquidos R\$ 58,09; T.S.N.R.(20%) R\$ 12,91; FERC: R\$ 6,46. Eu, (a) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto à digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 06 de março de 2017. (a) JANAINA PATRICIA DE MELO. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização apostado abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.ZHY02201702.01155. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Bezerros(PE), 06 de março de 2017.
Em testemunha:  da verdade

Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto

A circular stamp with the text "CARTÓRIO DO MARANHO, 2º DELEGADO" around the perimeter. In the center, it says "Mauricio José Vasconcelos TABELIÃO, Mannedo José de Vasconcelos, Maunillo Vasconcelos SUBSTITUTOS".

Maurício José Vasconcelos
TABELIÃO,
Mannaldo José de Vasconcelos
Maurillo Vasconcelos
SUCCESSIONES

Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto

~~05.802.494-24002~~
TRAÇÃO CORRETOR
~~1990/1991~~

~~TRAÇÃO CURVA
LAMPS LTD~~

23 MAIO 2010

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
P-2-Vista - CFP-50.060-2012

2º TABELIÃO de NOTAS
Bézerros - PE
Marinheiro José de Vasconcelos
Substituto

República Federativa do Brasil

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br

LIVRO: 264-P - FOLHA: 112

TRASLADO: 1º

PROCURAÇÃO bastante que faz: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES** na forma abaixo:

S A I B A M / quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos seis (06) dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício à meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, capaz, analfabeto, agricultor, nascido em 21/07/1975, portador da Cédula de Identidade RG nº 5384093-SSP/PE e inscrito no CPF/MF nº 067.795.014-41, residente e domiciliado na RUA/UM, Nº 36, LOTE VALE VERDE, COHAB, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; reconhecido de mim, tabelião, à vista dos documentos de identificação, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**, brasileira, casada, alfabetizada, agricultora, nascida em 28/03/1990, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 7.532.548-SDS/PE e inscrita no CPF/MF nº 091.321.424-80, residente e domiciliada RUA SETE VALE VERDE, Nº 33, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as **SEGURADORAS** que constituem o **CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, aceita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo da outorgante por ser analfabeta que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patrícia de Melo, brasileira, portadora do RG. nº 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF nº 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade. Emolumentos líquidos R\$ 58,09; T.S.N.R.(20%) R\$ 12,91; FERC: R\$ 6,46. Eu, (n) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto a digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 06 de março de 2017. (a) JANAINA PATRICIA DE MELO. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização apostado abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.ZHY02201702.01155. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - 55660-000 - BEZERROS - PE

Boa Vista - CEP: 50.060-010

REF/FFP/PE

Bezerros(PE), 06 de março de 2017.

Em testemunha: _____ da verdade.

Marinaldo José de Vasconcelos
Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto



TABELIÃO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (081) 3728-1182
Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião Público

2º TABELIÃO de NOTAS
Bezerros - PE
Marinaldo José de Vasconcelos
Substituto

Autenticação de Documento,

06/03/2017 10:23:11

Confere com o original que se foi apresentado. Dou fé.

Marilia Vasconcelos Lima - Escrivane

Quitas R\$ 3,2

Seio Digital H.0077727.ZHY02201702.01155

T.S.N.R. R\$ 0,66

Total R\$ 3,86

DOCUMENTO

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



Estado de Pernambuco

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.brTRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDASET 2018
RUA DA AUTORIA, N° 175, SL 802 BL 06
Boa Vista - CEP: 50.060-010

LIVRO: 264-P - FOLHA: 112

TRASLADO: 1ºPROCURAÇÃO bastante que faz: JOÃO ANTONIO DE MENEZES na forma abaixo:

S A I B A M/ quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos seis (06) dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício à meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, capaz, analfabeto, agricultor, nascido em 21/07/1975, portador da Cédula de Identidade RG nº 5384093-SSP/PE e inscrito no CPF/MF nº 067.795.014-41, residente e domiciliado na RUA/UM, Nº 36, LOTE VALE VERDE, COHAB, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; reconhecido de mim, tabelião, à vista dos documentos de identificação, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**, brasileira, casada, alfabetizada, agricultora, nascida em 28/03/1990, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 7.532.548-SDS/PE e inscrita no CPF/MF nº 091.321.424-80, residente e domiciliada RUA SETE VALE VERDE, Nº 33, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as **SEGURADORAS** que constituem o **CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, aceita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo da outorgante por ser analfabeta que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patricia de Melo, brasileira, portadora do RG. nº 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF nº 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade: **Emolumentos Líquidos R\$ 58,09; T.S.N.R.(20%) R\$ 12,91; FERC: R\$ 6,46.** Eu, (a) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto a digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 06 de março de 2017. (a) JANAINA PATRICIA DE MELO. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: **0077727.ZHY02201702.01155**. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Bezerros(PE), 06 de março de 2017.

Em testemunha: _____ da verdade.

Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto



TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (081) 3728-1182
Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião Público

2º TABELIÃO de NOTAS
Bezerros - PE
Marinaldo José de Vasconcelos
Substituto



Autenticação de Documento.

Confere com o original que se foi apresentado. Dou fé.

Janaina Rufino Torres - Procuradora

Janaina Rufino Torres - Procuradora

VALIDO EM 1: Selo Digital H.0077727.CB02201702.01155

Total R\$ 58,09 DOCUMENTO

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337444/18

Número do Sinistro: 3180428339

Vítima: JOAO ANTONIO DE MENEZES

CPF: 067.795.014-41

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/12/2016

Titular do CPF: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

GENI RUFINO TORRES DE MENEZES : 091.321.424-80

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/11/2018
Nome: GENI RUFINO TORRES DE MENEZES
CPF: 091.321.424-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GENI RUFINO TORRES DE MENEZES

Steffany Caroliny Lins Veloso

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO ANTONIO DE MENEZES**

Nº Sinistro: **3180428339**

Vitima: **JOAO ANTONIO DE MENEZES**

Data do Acidente: **11/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180428339**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180428339

Vítima: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Data do Acidente: 11/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GENI RUFINO TORRES DE MENEZES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

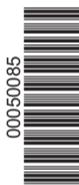
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

AutORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Geni Rufino Tavares de Menezes, PORTADOR(A) DO RG N° 7.532.548, EXPEDIDO POR SDS, EM 04/02/13 E CPF 09132441470 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Recluso - QI E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 00,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Geni Rufino Tavares de Menezes. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima Inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) **25.802.494/0001-4**
TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) **25.802.494/0001-4**
Boa Vista - CEP 50.060-010

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Sairé 02 de Maio de 2017
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFF.DE

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br



LIVRO N° 245-E

FLS. 019

Traslado: I^o

ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO

SAIBAM, quantos este público instrumento de escritura de Declaração virem que, ao primeiro (1º) dia do mês de setembro do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício a meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, nº 62, compareceu como outorgante Declarante: JOÃO ANTONIO DE MENEZES, brasileiro, casado, agricultor, analfabeto, nascido em 21-07-1975, filho de Horacio Antonio de Menezes e de dona Osita Maria da Conceição, portador da Cédula de Identidade RG. nº 5.384.093-SSP/PE., e do CPF/MF. nº 067.795.014-41, residente e domiciliado na Rua Um, nº 36, loteamento Vale Verde, Cohab - Sairé - PE. CEP: 55695-000, de passagem por esta cidade; reconhecido por mim Tabelião, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação; do que dou fé. E, pelo Declarante, falando sob as penas da Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o Seguro DPVAT, me foi declarado que é residente na Rua Um, nº 36, loteamento Vale Verde, Cohab - Sairé - PE. CEP: 55695-000, e não possui o laudo do Instituto Médico Legal - IML, pois não existe o mesmo em seu Município, declarando ainda, possuir conta no Banco Bradesco - Agencia 2530-5, conta corrente de nº 631089-3. Declara estar ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade, terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assim o disse, outorgou e aceitou, pediu-me a presente escritura que lhe sendo lida e achada conforme assina; dou fé. Certifico que foram observadas todas as exigências prescritas pelo art. 215 do Código Civil Brasileiro; ficando dispensadas as testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do declarante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digital, assina Geni Rufino Torres de Menezes, brasileira, casada, agricultora, nascida em 28-03-1990, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 7.532.548-SDS/PE., e do CPF/MF. nº 091.321.424-80, residente e domiciliada na Rua Sete, nº 33, Vale Verde - na cidade de Sairé - PE; dou fé. Emolumentos líquidos: R\$ 143,71; FERC: R\$ 15,97; TSNR: R\$ 31,94. Eu, (a) Mauricio José de Vasconcelos, Tabelião de Notas a digitai, subscrevo e assino. Bezerros, 01 de setembro de 2017. (a) GENI RUFINO TORRES DE MENEZES. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta escritura somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.XBH07201701.04473. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Bezerros(PE), 01 de setembro de 2017.

Em testemunho _____ da verdade,

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
MUNICÍPIO DE BEZERROS - PE
Mauricio José de Vasconcelos
TABELIÃO
Mauricio José de Vasconcelos
Mauricio José de Vasconcelos
SUBSTITUTO

Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião de Notas

05.802.454/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2017
Rua da Aurora, Nº 175, S.E. 802 BLT
Boa Vista - CEP 55695-000

05.802.454/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 SET 2017
Rua da Aurora, Nº 175, S.E. 802 BLT
Boa Vista - CEP 55695-000

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULSAÇÃO OU ESPÉCIE INVALIDA ESTE DOCUMENTO.

Estado de Pernambuco





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 101ª CIRCUNSCRIÇÃO - SAIRÉ -
DP101°CIRC DINTER1/14°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0191000089

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/03/2017 às
14:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 11/12/2016 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE SAIRÉ, 81, ESTRADA DO BAIRRO (CIA
DO VALE VERDE SAIRÉ -PE - Bairro: CENTRO - SAIRÉ/PERNAMBUCO /BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O CONDUTOR (AUTOR / AGENTE)
MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (OUTRO)
JOAO ANTONIO DE MENEZES (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOAO ANTONIO DE MENEZES

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

JOAO ANTONIO DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA
MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: HORACIO ANTONIO DE MENEZES Data de Nascimento:
21/7/1978 Naturalidade: SAIRÉ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8384093/SSP/PE (RG).
987765014449 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 986552647

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SAIRÉ, 36, RUA RUA NOEMI SANTOS ALVES QUERQUE
BAIRRO VALE VERDE - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - SAIRÉ/PERNAMBUCO
/BRASIL

23 MAIO 2017

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (não presente ao plantão) Juiz: NY 375, SL 302 BL C
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Boa Vista - CEP: 50.360-010

RECIFE-PE

O CONDUTOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA MARIA DA
CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 21/7/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /

BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ DOS SANTOS LIRA, que estava em posse da(a) Sr(a): JOÃO ANTONIO DE MENEZES
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: DTZ7863 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 98267273 Chassi:
98260162008810621
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014

Complemento / Observação

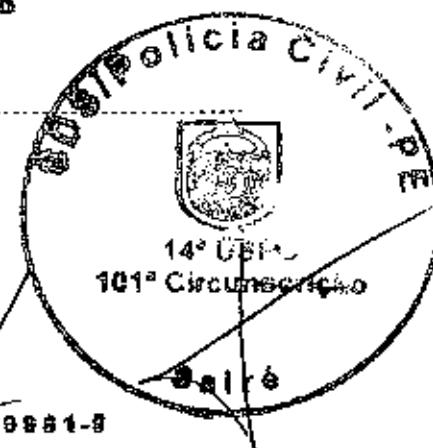
AS 14:15 HORAS DE HOJE COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SENHOR DE NOME JOÃO ANTONIO DE MENEZES, NATURAL DESTA CIDADE DE SAIRÉ, COMUNICANDO DE QUE NO DIA 11/12/2016 CONDUZIA SUA MOTOCICLETA COM DESTINO A SUA RESIDENCIA, COLIDIU EM UM VEÍCULO AUTO CARGA NA PARTE DA CARROGERIA, NAO SENDO O VEÍCULO IDENTIFICADO, QUANDO A VITIMA ESTAVA ENTRANDO COM SUA MOTO EM UMA RUA QUE DA ACESSO AO BAIRRO VALE VERDE, VINDO A VITIMA SOFRER FRACTURAS NO DEDO MAO DIREITA, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA OLILIA MENDONÇA SOUTO MAIOR E LOGO APÓS REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU, DIANTE DO EXPOSTO FICA O FATO REGISTRADO

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

JOÃO ANTONIO DE MENEZES
(VITIMA)

O CONDUTOR
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: JOSE JOAQUIM DE MELO NETO - Matrícula: 169981-8



05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bca Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

30/03/2017 14:55



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 101^ª CIRCUNSCRIÇÃO - SAIRÉ -
DP101^ªCIRC DINTER1/14^ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N°. 17E0191000089

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/03/2017 às 14:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 11/12/2016 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SAIRÉ, 01, ESTRADA DO BAIRRO DO VALE VERDE SAIRÉ -PE - Bairro: CENTRO - SAIRÉ/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**O CONDUTOR (AUTOR / AGENTE)
MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (OUTRO)
JOAO ANTONIO DE MENEZES (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOAO ANTONIO DE MENEZES**

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

JOAO ANTONIO DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA MARIA DA CONCEIÇÃO Pat: HORACIO ANTONIO DE MENEZES Data de Nascimento: 21/7/1975 Naturalidade: SAIRÉ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4384893/SSP/PE (RG). 96778561441 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escaladade: ANALFABETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 996552647

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAIRÉ, 36, RUA RUA NOEMI SANTOS ALBUQUERQUE BAIRRO VALE VERDE - CEP: 55888-000 - Bairro: CENTRO - SAIRÉ/PERNAMBUCO /BRASIL**

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

O CONDUTOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 21/7/1975 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /

BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO ANTONIO DE MENEZES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYZ7863** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **888367273** Chassi: **SC2KQ1688RR516621**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

AS 14; 18 HORAS DE HOJE COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SENHOR DE NOME JOAO ANTONIO DE MENEZES, NATURAL DESTA CIDADE DE SAIRE, COMUNICANDO DE QUE NO DIA 11/12/2016 CONDUZIA SUA MOTOCICLETA COM CARROCERIA, NAO SENDO O VEICULO IDENTIFICADO, QUANDO A VITIMA ESTAVA ENTRANDO COM SUA MOTO EM UMA RUA QUE DA ACESSO AO BAIRRO VALE VERDE, VENDO A VITIMA SOFREU FRATURAS NO DEDO MAO DIREITA, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA OLILIA MENDONCA SOUTO MAIOR E LOGO APÓS REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE GARUARU, DIANTE DO EXPOSTO FICA O FATO REGISTRADO

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

**JOAO ANTONIO DE MENEZES
(VITIMA)**

**O CONDUTOR
(AUTOR / AGENTE)**

B.O. registrado por: **JOSE JOAQUIM DE MELO NETO** - Matrícula: **159881-5**
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 101ª CIRCUNSCRIÇÃO - SAIRÉ -
 DP101°CIRC DINTER1/14°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0191000089

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/03/2017 às 14:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 11/12/2016 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SAIRE, 81, ESTRADA DO BAIRRO
 DO VALE VERDE SAIRE -PE - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO /BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O CONDUTOR (AUTOR / AGENTE)
 MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (OUTRO)
 JOAO ANTONIO DE MENEZES (VITIMA)

11 SET 2016
 Rua da Aurora, Nº 175, S. 902 BL.
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE - PE



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
 JOAO ANTONIO DE MENEZES

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

JOAO ANTONIO DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA
 MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: HORACIO ANTONIO DE MENEZES Data de Nascimento:
 21/7/1975 Naturalidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5284883/SSP/PE (RG).
 06770561441 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão:
 AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
 - 996582647

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SAIRE, 38, RUA RUA NOEMI SANTOS ALBUQUERQUE
 BAIRRO VALE VERDE - CEP: 55668-000 - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO /BRASIL

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
 Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

O CONDUTOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 21/7/1975 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /

BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO ANTONIO DE MENEZES**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Mão**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYZ7863** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **888367273** Chassi:
SC2KC1689ERS516621
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

AS 14; 15 HORAS DE HOJE COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SENHOR DE NOME JOAO ANTONIO DE MENEZES, NATURAL DESTA CIDADE DE SAIRE, COMUNICANDO DE QUE NO DIA 11/12/2016 CONDUZIA SUA MOTOCICLETA COM DESTINO A SUA RESIDENCIA , COLIDIU EM UM VEICULO AUTO CARGA NA PARTE DA CARROCERIA , NAO SENDO O VEICULO IDENTIFICADO , QUANDO A VITIMA ESTAVA ENTRANDO COM SUA MOTO EM UMA RUA QUE DA ACESSO AO BAIRRO VALE VERDE, VINDO A VITIMA SOFREU FRATURAS NO DEDO MAO DIREITA, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA OLILIA MENDONCA SOUTO MAIOR E LOGO APÓS REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU, DIANTE DO EXPOSTO FICA O FATO REGISTRADO

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

JOAO ANTONIO DE MENEZES
 (VITIMA)

O CONDUTOR
 (AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **JOSE JOAQUIM DE MELO NETO** - Matrícula: **188961-5**
 05.802.494/0001-41



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

14 SET 2016

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Geni Rufino Torres de Menegos, portador da carteira de identidade nº 7.532.549 e inscrito no CPF/MF sob o nº 091.321.424-80, residente e domiciliado na R. Sete Vale Verde, Cidade Sairé, Estado PE, 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:

- (x) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



x Geni Rufino Torres de Menegos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sairé 02-05-2017

Local e data

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos
Tabelião



Rua Dr. José Mariano, 62 , Centro – CEP: 55660-000 - Bezerros – PE.
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br

LIVRO N° 245-EFLS. 019Traslado: 1ºESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO

SAIBAM, quantos este público instrumento de escritura de Declaração virem que, ao primeiro (1º) dia do mês de setembro do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício à meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, nº 62, compareceu como outorgante Declarante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, agricultor, analfabeto, nascido em 21-07-1975, filho de Horacio Antonio de Menezes e de dona Osita Maria da Conceição, portador da Cédula de Identidade RG, nº 5.384.093-SSP/PE, e do CPF/MF, nº 067.795.014-41, residente e domiciliado na Rua Um, nº 36, loteamento Vale Verde, Cohab – Sairé – PE CEP: 55695-000, de passagem por esta cidade, reconhecido por mim Tabelião, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação, do que dou fé. E, pelo **Declarante**, falando sob as penas da Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o **Seguro DPVAT**, me foi declarado que é residente na Rua Um, nº 36, loteamento Vale Verde, Cohab – Sairé – PE CEP: 55695-000, e não possui o laudo do **Instituto Médico Legal – IMI**, pois não existe o mesmo em seu Município, declarando ainda, possuir conta no **Banco Bradesco** – Agencia 2530-5, conta corrente de nº **631089-3**. Declara estar ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade, terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assim o disse, outorgou e aceitou, pediu-me a presente escritura que lhe sendo lida e achada conforme assina; dou fé. Certifico que foram observadas todas as exigências prescritas pelo art. 215 do Código Civil Brasileiro, ficando dispensadas as testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do declarante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digital, assina Geni Rufino Torres de Menezes, brasileira, casada, agricultora, nascida em 28-03-1990, portadora da Cédula de Identidade RG, nº 7.532.548-SDS/PE., e do CPF/MF, nº 091.321.424-80, residente e domiciliada na Rua Sete, nº 33, Vale Verde – na cidade de Sairé – PE.; dou fé. Emolumentos líquidos: R\$ 143,71; FERC: R\$ 15,97; TSNR: R\$ 31,94. Eu, (a) Mauricio José de Vasconcelos, Tabelião de Notas a digitei, subscrevo e assino. Bezerros, 01 de setembro de 2017. (a) GENI RUFINO TORRES DE MENEZES. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta escritura somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.XBH07201701.04473. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.



Bezerros(PE), 01 de setembro de 2017.

Em testemunho _____ da verdade.

Mauricio José de Vasconcelos – Tabelião de Notas.

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTD

14 SET 2017

Faz da Autua: R\$ 175,90 BL C

Boa Vista - CEP: 54606-010

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL - ORIGINAIS E AUTENTICAS DA EMPRESA INVIDA ESTE DOCUMENTO.



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

ORT



Comunicação de ato médico

00007

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

JOAO ANTONIO DE MENEZES

Nasc.: 21/07/1975

Idade: 41

RG:

Endereço: RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE

CENTRO

CEP: 56695970

Sexo: MASCULINO

Atendimento: 283011

Prontuário: 212386

Cor: PARDAS

Religião:

CNS: 898002392412482

Nº: 36

Estado: PE

Cidade: SAIRE

Profissão:

Mãe: OSITA MARIA DA CONCEICAO

Companheiro:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Gabinete: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO

Data: 11/12/2016 23:48

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Principal HDA:

Paciente com queixa de dor no joelho esquerdo há 8h, referindo que não consegue caminhar devido à dor. Fazia tratamento em casa (Belo) e não obteve melhora. Dá medicamentos de alívio da dor.

Físico:

Ambiental: quieto, respiração livre, pressão arterial: 120/80 mmHg, pulso: 80 bpm, temperatura: 36.8°C. Exame físico: exame da articulação do joelho esquerdo: dor intensa à palpação, limitando o movimento. Boa perfusão distal das artérias.

Exame provisório:

Dor intensa no joelho esquerdo referida em casa (A)

Medicação:

Dieta:

Horário:

17:30 Cefalotina 2g + Met. 1000mg 494/0001-43

MACAO CORRETORA

ESTEROS LTD A

17:30 ① Iodoform 100ml 500ml 100ml 08 NOV. 2017

08 NOV. 2017

17:30 ② Álcool 70% 100ml 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ③ Diquin - Gauze + 200ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ④ Noduloso do Belf 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑤ Medicamento da Cirurgia Geral 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑥ Transt. Soro + 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑦ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑧ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑨ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑩ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑪ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑫ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑬ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑭ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑮ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑯ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑰ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑱ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑲ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ⑳ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉑ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉒ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉓ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉔ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉕ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉖ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉗ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉘ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉙ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉚ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉛ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉜ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉝ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉞ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

17:30 ㉟ Álcool 70% 100ml 100ml 100ml

08 NOV. 2017

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**

Alívio / Exames

Real
Victima de acidente de moto da
MPB, MTC, cunhado com dor torácica e a
Diversas. Nega perda de consciência ou vomito.
Nega clínica.

Exame: A - vias aéreas livres

B - PMS e RA

C - RR = 26 O segm.

D - Glucagon 15

E - FCC no pele

Cor: Rx de torax + Rx + pele

- AV. de CBMF - Av. de Vagadip

Jessica Santos
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRMSE #731

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

consabiu-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequencias que esse ato possa acarretar.



Se social

Moroco cemvorid

RG:

Tel.:

Assinatura

Informação de Procedimento

Paciente Familiar

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Procedimento:

Assinatura

Definitivo:

Termo do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido

Transferência: _____ Internamento _____

Classificação Alfa

Sujeitado: Melhorado Inalterado Óbito

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

2016 11 49:14 PM

#2

Usuario do Atendimento

LUCIANAAP

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

ORT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 283011

Prontuário: 212386

JOÃO ANTONIO DE MENEZES

Nasc.: 21/07/1975

Idade: 41

RG:

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CNS: 898002392412482

Nº: 36

Estado: PE

Endereço: RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE

CENTRO

5695970

Fone: 98099211

Cidade: SAIRE

Profissão:

Mae: OSITA MARIA DA CONCEICAO

Anahnie:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO

Data: 11/12/2016 23:48

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Principal HDA:

Paciente c/ fratura de coluna com - resto há 8h, referindo dor lombar e dor no joelho (D). Neura dolorosa. Refere hemorragia com dente.

Físico:

PA:

FC:

FR:

Paciente orientado, loquax, respira, em praxe. Sintomas referentes ao joelho (D) e dor da quadrigêmea. Boa perfusão distal das artes.

Revisor:

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2018

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C

Rio Vista - CEP: 50.060-010

PE/PE-PE

DIÁCÃO

Dieta:

Horário

01/12/2018

Celofrônico + Maia Agua

3/10

D. Iodio 100g + 200ml S&Q 99% w/w

06

D. Iodio 100g + 100ml

3.1kg

D. Iodio 100g + 200ml S&Q 99% w/w

3.1kg

D. Iodio 100g + 200ml S&Q 99% w/w

3.1kg

D. Iodio 100g + 200ml S&Q 99% w/w

3.1kg

D. Iodio 100g + 200ml S&Q 99% w/w

3.1kg

D. Iodio 100g + 200ml S&Q 99% w/w

3.1kg

D. Iodio 100g + 200ml S&Q 99% w/w

3.1kg

JF. JOSE Siqueira Filho
Cirurgia Bucal
CRM: 11/16

JF. JOSE Siqueira Filho
Cirurgia Bucal
CRM: 11/16



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

ORT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 283011

Pronthário: 212386

JOAO ANTONIO DE MENEZES

Nasc.: 21/07/1975

Idade: 41

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

RG:

CNS: 898002392412482

Nº: 36

Endereço: RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE

CENTRO

CEP: 56065970

Fone: 98099211

Cidade: SAIRE

Estado: PE

Morada Mae: OSITA MARIA DA CONCEICAO

Companheiro:

UVL do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

CRM: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO Data: 11/12/2016 23:48

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Principais HDA:

Paciente c/ fratura de coluna com - lesão l1, referindo dor lombar e dor nas costas. Lesão referente em costa (lombo) e dor da articulação da quadril esq. Boa perfusão distal abd mnts.

Físico:

PA:

FC:

FR:

Paciente, orientado, conversa, respira, ex-pneu. Exames referentes em costa (lombo) e dor da articulação da quadril esq. Boa perfusão distal abd mnts.

Provisório:

Fratura da tíbia

externo fixante seu joelho

05.802.4947/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2019

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C
Belo Horizonte - MG 30.060-010

05.802.4947/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DA AURORA, N° 175, SL 902 BL C
Belo Horizonte - MG 30.060-010
SEPT-BE

Dieta:

RECIFE-PF

Celofix 2g + 1M etapa

1) Ivermectina + 200ml 5% glic

2) Dipropoxifetamina

3) Furofloxacin 100mg

4) Diclofenac - 50mg + 200ml 5% glic

5) Metformina 850mg

6) Medicamentos da Unidade Central

Tramadol 100mg + 200ml 5% glic

7) pacote multa p/ 100g
anteriormente feita interno p/ sua face

8) aspirina 800mg + 100ml

Horário

3/6

06

3/6

3/6

3/6

3/6

3/6

3/6

*J. Jose Siqueira Filho
Cirurgia Bucal
CRM 1716*

*J. Jose Siqueira Filho
Cirurgia Bucal
CRM 1716*

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: 14/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ANTONIO DE MENEZES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 00000631089-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1401201905000000000237025300000063108967500 PAGO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197960/17
Vitima: JOAO ANTONIO DE MENEZES
CPF: 067.795.014-41

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/12/2016
Titular do CPF: JOAO ANTONIO DE MENEZES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GENI RUFINO TORRES DE MENEZES : 091.321.424-80

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração
JOAO ANTONIO DE MENEZES : 067.795.014-41
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 23/05/2017
Nome: GENI RUFINO TORRES DE MENEZES
CPF/CNPJ: 091.321.424-80

GENI RUFINO TORRES DE MENEZES

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 23/05/2017

Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Geni Rufino Torres de Menezes,
RG nº 7.332.548, data de expedição 04/02/13, Órgão SOS

CPF nº 091.321.424-80, 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)	<u>R. Aéte Vale Verde</u>
Número	<u>33</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Sairé</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55695-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sairé 02-05-17



Assinatura do Declarante: x Geni Rufino Torres de Menezes

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.
Fone: (081) 3728-1182 Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br



LIVRO: 264-P - FOLHA: 112

TRASLADO: 1º

PROCURAÇÃO/bastante que faz: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES** na forma abaixo:

S A I B A M/ quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos seis (06) dias do mês de março do ano de dois mil e dezesseis (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício à meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, capaz, analfabeto, agricultor, nascido em 21/07/1975, portador da Cédula de Identidade RG nº 5384093-SSP/PE e inscrito no CPF/MF nº 067.795.014-41, residente e domiciliado na RUA/UM, Nº 36, LOTE VALE VERDE, COHAB, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; reconhecido de mim, tabelião, à vista dos documentos de identificação, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**, brasileira, casada, alfabetizada, agricultora, nascida em 28/03/1990, portadora da Cédula de Identidade RG nº 7.532.548-SDS/PE e inscrita no CPF/MF nº 091.321.424-80, residente e domiciliada RUA SETE VALE VERDE, Nº 33, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as SEGURADORAS que constituem o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. Podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, aceita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo da outorgante por ser analfabeta que deixa a margem sinais digitais, assina: Janaina Patrícia de Melo, brasileira, portadora do RG. nº 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF nº 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade. Emolumentos líquidos R\$ 58,09; T.S.N.R.(20%) R\$ 12,91; FERC: R\$ 6,46. Eu, (a) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto a digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 06 de março de 2017. (a) JANAINA PATRICIA DE MELO. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização apostado abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.ZHY02201702.01155. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Bezerros(PE), 06 de março de 2017.

Em testemunha: (a) da verdade.

Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto



494/0001-4
EXAÇÃO CORRETORA
VALORES LTDA

09 MAR. 2017

Rua da Aurora, nº 115, SL 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.080-010

RECEBIDO

2º TABELIÃO de NOTAS
Bezerros - PE
Marinaldo José de Vasconcelos
Substituto

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428089/17

Vítima: EDVALDO ELIAS DA SILVA
CPF: 681.699.144-34

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/07/2017

Titular do CPF: EDVALDO ELIAS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDVALDO ELIAS DA SILVA : 681.699.144-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

MARIA APARECIDA DE ARAUJO SILVA : 033.688.804-03

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

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2017
Nome: MARIA APARECIDA DE ARAUJO SILVA
CPF/CNPJ: 033.688.804-03

MARIA APARECIDA DE ARAUJO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2017
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-802
CNPJ 10.825.932/0001-05
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvintes: 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação gratuita para telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação gratuita para telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GENIL RUFINO TORRES
CPF: 391.321.424-50 RG: 16197638884

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 16336
LOTE VALE VERDE
CONDOMÍNIO
CEP 50050-802 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 14/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

18/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

12,35

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

11/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

11/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

016143179

CONTA CONTRATO

007021439545

Nº DO CLIENTE

201446727

Nº DA INSTALAÇÃO

000345873

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

4049.D01F.EDA4.3A8A.2C7F.A8D2.B0A7.1B6E

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	20,00	0,18107965	3,63
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	21,00	0,31042361	6,51
Consumo Brinde AMARELA			0,01
Visita por cliente-IP 012298812 - 11/04/18			0,27
Visita por cliente-IP 012298812 - 11/04/18			0,04
Visita por cliente-IP 012298812 - 11/04/18			0,43
TOTAL DA FATURA			12,35

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		CORANTE				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
8,76	8,68	12,01	1,12	8,13	12,01	8,13	0,63	0,63

Tributos Aplicados		HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo até 30 kWh: 0,18107965		MAR 18
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,31042361		ABR 18
		MAY 18
		JUN 18
		JUL 18
		AUG 18
		SETE 18
		AGO 18
		SET 18
		OUT 18
		NOV 18
		DEZ 18
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
5% %		
Consumo de Energia		
Despesa de Iluminação		
Despesa de Gás		
Despesa de Água		
Despesa de Internet		
Despesa de Telefonia		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Roupas		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa de Higiene		
Despesa de Lazer		
Despesa de Manutenção		
Despesa de Serviços		
Despesa de Transporte		
Despesa de Alimentação		
Despesa		

Nº Documento: 20180320717459

Escritório: SAIRE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE
 GEMI RUFINO TORRES
 R SETE, N. 23 - VALE VERDE SAIRE PE 55695-000
 INSCRIÇÃO: 120.810.089.0000.220

MATRÍCULA:

02071745.9

05/2018-9

INSCRIÇÃO:

05/2018-9

GRUPO: 3

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 02071745.9

ENDERECO DA EMPRESA

ESTIMACAO ATUAL LIGADO	ESTIMACAO MÍNIMA POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	AGROPECUÁRIA
ESTIMACAO ANTERIOR ALIÚV152795	DATA LEIT. ANTERIOR 25/04/2018	DATA LEIT. ATUAL 26/05/2018			
AQUA LEIT. ANT.: 583 LEIT. ATUAL: 589 LEIT. FAT.: 589	CONSUMO: 6	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:		VOLUME: 0	TIPO DE CONSUMO/LARE REAL /

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

01/2018	61	■■■■■
02/2018	47	■■■■■
03/2018	47	■■■■■
04/2018	47	■■■■■
12/2017	51	■■■■■
13/2017	47	■■■■■
MÉDIA	47	■■■■■

PARAMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	ERG. PELA FORT. NR 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	15	19	16
COR APARENTE	15	19	17
CLORO RESIDUAL	15	19	19
COLIFORMES TOTAIS	15	19	19
E.Coli	15	19	19

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS Ausência em 5% das amostras examinadas.
 (2) Os parâmetros COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI e CLORO RESIDUAL são
 INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
 (3) Os parâmetros COR e TURBIDEZ São INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO
 VISUAL DA ÁGUA.

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA
 RESIDENCIAL 001 UNIDADE
 CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

6 H3

R.65

VIZ CONTRE	R.65 R.65	1.65 1.60	0.16 0.64
---------------	--------------	--------------	--------------

VENCIMENTO: 05/06/2018

TOTAL A PAGAR:

R.65

DIA DAS AO TRABALHO INFANTIL DENUNCIE 100

Enviado por: INTERNET

EMITIDO EM:

11/06/2018

compesa

ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0610185

VENCIMENTO: 05/06/2018

CÓDIGO DE BARRAS

82840000000-9 08650018120-6 02071745901-7 05201890003-0

Arpe Agência de Regulação
e Planejamento do PernambucanoTRÂNSITO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

MATRÍCULA:

02071745.9

05/2018-9

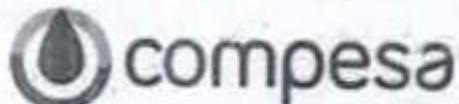
Rua da Aurora, N° 175, S/ 902-BL
Beira Vista, CEP: 50.060-010

R.65

REFLEX

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CARUCA - NOM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50060-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Fax: 081 3211 0001-61
Qualidade de Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20180520717459

Escritório: SAIRE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

NOME DO CLIENTE
GENI RUFINO TORRES
R. SETE, N. 33 - VALE VERDE SAIRE PE 55695-000
INSCRIÇÃO: 128.810.089.0000.220

MATRÍCULA: 02071745.9 DATA: 05/2018-9

GRUPO: 3

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02071745.9

RECIBIDOR: CONSUMO RESIDENCIAL

TIPO DE ÁGUA	ESTIMADO	ESTIMADO ESGOTO	REFERÊNCIA	QUANTIDADE DE ESGOTAS	PREÇO
LITRARIO	POTENCIAL		CONSUMO	COMBINADA	IMPRESA
SIMPLIFICADO		DATA LEIT. ANTERIOR 25/04/2018		DATA LEIT. ATUAL 26/05/2018	TIPO DE CONSUMO (ATE) REAL /
ÁGUA			CONSUMO: 6	ESGOTO	
LEIT. ANT.: 583				LEIT. ANT.: 0	VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 589				LEIT. ATUAL:	
LEIT. FAT.: 589				LEIT. FAT.: 0	
HISTÓRICO DE CONSUMO					
REFERÊNCIA/CONSUMO					
04/2018 4/					
03/2018 4/					
02/2018 4/					
01/2018 4/					
12/2017 5/					
11/2017 4/					
MÉDIA 4/ 0					

PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	NÚMERO DE AMOSTRAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	15	19	14
COR APARENTE	15	19	1
CLORO RESIDUAL	15	19	19
COLIFORMES TOTAIS	15	19	19
E.Coli	15	19	19

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS Ausência em 95% das amostras examinadas.
(2) Os parâmetros coliformes totais, Escherichia coli e cloro residual são indicadores das condições sanitárias da água.
(3) Os parâmetros cor e turbidez são indicadores das condições associadas ao aspecto visual da água.

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

6 M3

6,65

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2018

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

TIPO DE CONSUMO	VALOR R\$
PIB	6,65
COFINS	6,65

VENCIMENTO: 05/06/2018

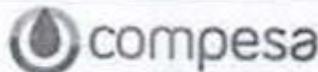
TOTAL A PAGAR:

8,65

Diga não ao trabalho infantil denuncie DISQUE 100

EMITIDO PELO: INTERNET

EMITIDO EM: 11/06/2018

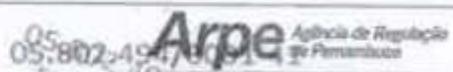


ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

VENCIMENTO: 05/06/2018

CÓDIGO DE BARRAS:

828400000000-9 08650018120-6 02071745901-7 05201890003-0



05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

0800-2813844

MATRÍCULA: 02071745.9 DATA: 05/2018-9

RUA DA AURORA, N° 175, SL 902 BL C

8,65

BOA VISTA - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Geni Rufino Torres de Menezes,

RG nº 7.532.568, data de expedição 04/02/13 orgão SDS/PE

CPF nº 093.323.424-80 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)	<u>Rua 3 de</u>
Número	<u>33</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Vale Verde</u>
Cidade	<u>Sairé</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55695-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-99710-3338</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sairé - PE, 29.11.18

Assinatura do Declarante:

Geni Rufino Torres de Menezes

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29 NOV 2018
Rua da Aurora, nº 175, S. 907 B/C
80210-000 - CEP: 50050-000
Fone: (81) 3212-21



compesa

AVENIDA CRUZ CABOGA - NUM. 1381 - SANTO ANGELO - RIO GRANDE DO SUL
CEP: 59040-000, Fone/Fax: (051) 0800 CSEI 0145
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014399-2
INPI: 09.749.035/0001-84
Qualidade da Água: www.chipressa.com.br

Nº Documento: 20191120717492 Escritorio: 55186

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CONE - BENTO TORRES
R. SOTE. R. 13 2 VAL. VERDE SAIRÉ 16 55897-000
INSCRIÇÃO: 118.810.068-0000-220

02071745548 31/3/2016 2

CAPÍTULOS

CREA-SP - AUTOMATICA - 00021744-3

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR RS

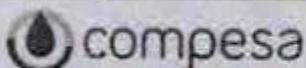
PRINCIPAL 001 UNIDADES
CÁMARA DE AGUA
MULTA Y DISMINUCIÓN
PERÍODOS DE RETRASO

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZADAS	ATENDIDA A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	15	15	15
COD. APARENTE	15	15	15
CLORO RESIDUAL	15	15	15
COLIFORMES TOTAIS	15	15	15
E.Coli	15	15	15

OBSERVAÇÕES: 1) OLTIFORMES SISTE AUSÉNCIA EM 85% DAS MEDIDAS EXAMINADAS.
2) PARÂMETROS COLESTÉROL TOTAL, SICERATINA COL. E CLORO RESIDUAL SÃO
INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁREA.
3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES AEROCÓDIGO AO SEDETE
CÍCLICO DA ÁREA.

第17章 全例1 113页的

卷之三十一



ATENDIMENTO: 0800-4810195
VACAMENTOS: 0800-0810195

05/12/2018

05.802.494/0001-41
TRACAD CORRETORA
DE SEGUROS E TOS
23-NV 2015

Arpe Aktivitätsregister
der Pferdeauszeit

- 0800-2813844

1829233745 9

13/2014-7

三才圖會

四

www.oxfordjournals.org/journals/ijcm

Documentado Circular 445/12
00000

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem do dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados do seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tam por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Genni Rufino Torres de Jenegez, portador(a) do RG nº 7.532.548, expedido por S.P.S, em 04/02/13, CPF/CNPJ nº 091.321.424-80,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José Antonio de Jenegez do sinistro de DPVAT da natureza invalidade da vítima José Antonio de Jenegez, o conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso - Se Renda Mensal: R\$ Recurso - Se

Documentos comprobatórios: Recurso - Se

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Genni Rufino Torres de Jenegez
ASSINATURA + PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Recife/PE



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

Para mais esclarecimentos, visite o site <http://www.seguradoraslider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221294 ou 0800 0221296
reservado 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://www.c.susep.gov.br/bibliotecaWeb/DOCORIGUAL_ASPECTO=1&CODIGO=29626

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos intermediados de seguro, previdência privada, assistência médica e reseguros.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penal administrativa, fiscalizar, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, José Guilherme de Carvalho, inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.564.324-65,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José da Silva Pereira, inscrito
(a) no CPF sob o N° 302.494.534-54, da sinistro de DPVAT cobertura Imóveis, da Vítima
José da Silva Pereira, inscrito (a) no CPF sob o N° 302.494.534-54, conforme
determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

■ RECUZO INFORMAR

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo,
anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implica na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Residir	Rua Duque de Caxias	Número	310	Complemento	0
Sobrenome	Goiânia	Estado	PE	CEP	55900-000
Rua		Cidade		Telefone celular (DDDD)	(81) 9.9808-6287
Endereço					
E-mail	americana.goiânia@gmail.com				

Goiânia 31 de junho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010