

TAB. DE NOTAS E PROTESTOS E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS TIT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS

Até Unis Toritama-PE

*Ward 10, 30% - Venlo - Fortinew PR
Ward 10, 30% - Venlo - Fortinew PR*

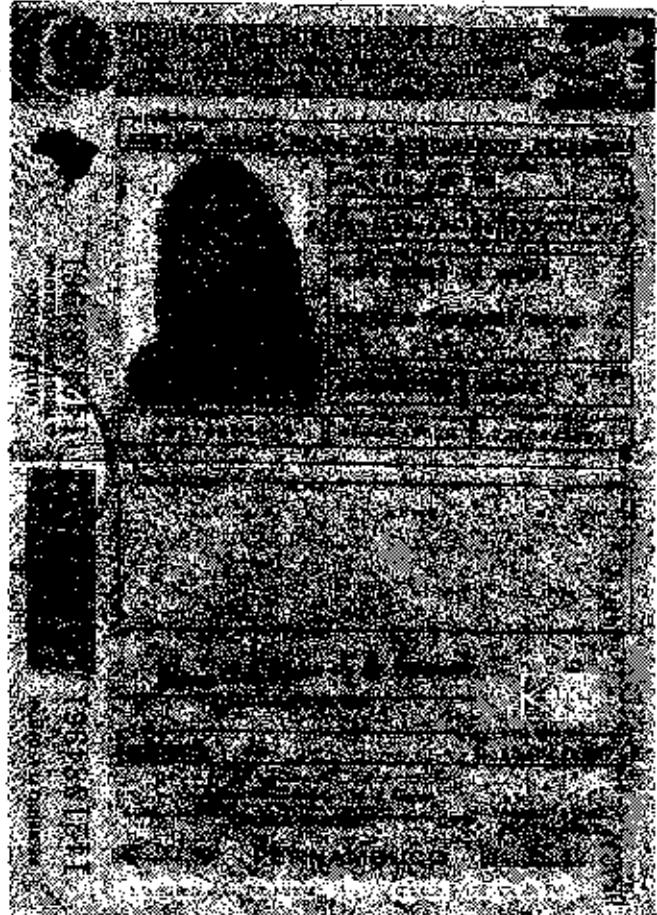
१०८

Técnicas
Isaura So Rosário e Júlio Gomes

70 现代汉语词典

Digitized by srujanika@gmail.com

2.0 **Geographical**



DETRAN - PI		Nº 012564484443	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
COD. PERNAMBUCO		PERÍODO EXERCICÍO	
1008818112		***** * 2016	
NOME			
JOSE ROBERTO DE SOUZA			
TORETAAMA - PE			
OFICINA		P-402	
334.458.214-16		OF 00676	
PLACA/ANEXO		CHASSI	
902EC1530ER028515			
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
MOTOCICLETA		AQUAS GP 50	
MARCA/MODELO		ANO FAB. / ANO HOR.	
UM/CIG 150 TITAN ESD		2014 / 2014	
CAP/POSSUI		COR PREDOMINANTE	
LEIAU		PARTIC	
COTAS/IMCA		BRANCA	
EVA 2016 QUITADO		VENCIMENTO/IDADE	
PAÍS/EVA		PARCELAMENTO/VIDAS	
TARIFADO (R\$) / OF (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$) / DATA DE PAGAMENTO	
R\$ 0,00		R\$ 0,00 / 01/16	
OBSEVAÇÕES			
RESERVA			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180144184 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/03/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180144184 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/03/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME- GENILDO GENIVAL DOS SANTOS
NACIONALIDADE- BRASILEIRO

NACIONALIDADE - BRASILEIRA

PROFISSÃO RECUSO INFORMAR

IDENTIDADE: 6624622 SDS/PE
ENDERECO:

ENDEREÇO

RUA SÍLVIA AMARAL, 44, COMAB, TORITAMA-PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE SOUZA
NASCIMENTO: 10/01/1980

NACIONALIDADE - BRASILEIRA

PROFISSÃO- REVISADO

~~IDENTIDADE~~ 4-810-389 SERIE

ENDEREÇO

RUA JOÃO BAPTISTA, N° 370, CENTRO, SURUÇUAMBA

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E
CONSTITUÍ MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, COM
QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORES DA
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

TORITAMAPE - 14 DE MARÇO

NOMEIO E
ALIFICAÇÃO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
ASIGNAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Bravos, 715 loja 5
Gravatá - Recife / PE - CEP: 52011-040

A photograph of a person's hand holding a small, rectangular white piece of paper or card. The card has handwritten text on it, which appears to be "Café de la Ronda Pte Reconheço".

x Gmido Gmido Sponto

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECABAMENTO FICOU AUTENTICADO, E TAMBÉM DE GERALDO ENERICO DOS SANTOS
RECABAMENTO: 01/03/2018 - 13:42:24. A VOU FAZER TESTEMUNHA DA VERDADE. Substituto: MARIA DO ROSARIO DA SILVA ANDRADE - 077388
CPF: 0.410-751-83-477 SELNO: 007388-2 DATA: 2018/03/03 00:55 Comunicação
autenticidade em 01/03/2018, fiz o recabamento.

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180144184**
Vitima: **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**
Data do Acidente: **17/03/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180144184**.

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



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180144184**
Vitima: **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**
Data do Acidente: **17/03/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180144184**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoraslider.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

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180144184**
Vitima: **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**
Data do Acidente: **17/03/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180144184**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.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



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180144184**

Vitima: **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**

Data do Acidente: **17/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180144184**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **17/03/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

E obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

042 389 384 02

Nome completo da vítima

GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	GENILDO GENIVAL DOS SANTOS	CPF titular da conta	042 389 384 02	Profissão	REC. INV
Endereço	RUA SAINTA AMARIA	Número	44	Complemento	CASA
Bairro	COLAB	Cidade	TORITAMA	Estado	PB
Email		CEP	55025 000		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPOVAT, resido na Rua Santa Amaria, nº 44, bairro Colab, Toritama, PB. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS (DPS)
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
DPVAT 0800 221206

29 MAR 2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
Nº:

D/V

CONTA
Nº:

D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nº:

H/R

CAIXA

104

AGÊNCIA

Nº:

D/V

2551

(Inserir dígito se existir)

CONTA

Nº:

D/V

3357

(Inserir dígito se existir)

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

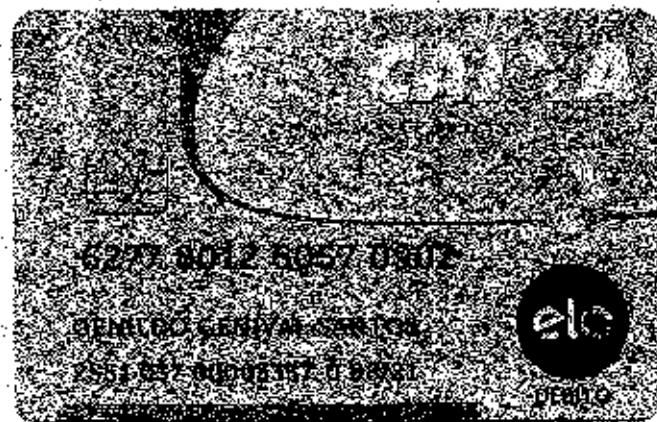
TORITAMA/PE 28 de MARÇO de 2018

Local e Data

Genil do Geraldo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CÍRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

E obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro da ASI

3180144184

CPI da Vítima

04238938402

Nome completo da vítima

GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

CPF titular da conta

04238938402

Profissão

REC. JUIF

Endereço

RUA SANTA AMARIA

Número

44

Complemento

CASA

Bairro

CDHAB

Cidade

TORITAMA

Estado

PE

CEP

55125 000

Telefone (DDD)

(81) 91613907

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 13.000,00

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

BRADESCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

JAÚ (941)

CONTA CORRENTE (Lembre-se de informar)

BANCO

Name

BANCO DO BRASIL (001)

BANCO ITAÚ (111)

BANCO SANTANDER (041)

BANCO VALE (111)

BANCO VIVO (041)

BANCO VOTORANTIM (041)



0113021718

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CÍRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPMAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro (ou ASI)

3180144184

CPF da vítima

104238938402

Nome completo da vítima

GEMILDO GEMIVAL DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF/Beneficiário ou Representante Legal	Profissão
GEMILDO GEMIVAL DOS SANTOS	04238938402	RGC-INT
Endereço	Número	Complemento
RUA SANTA ANNA	114	457
Bairro	Cidade	Estado
CONCEB	TORITAMA	PE
Brasil		CEP
		55125 000
		Telefone (DD) (21) 94650454

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ISFM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 4.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPLANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (227) BANCO DO BRASIL (011) ITAU (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (114)

AGÊNCIA Nº:	CONTA Nº:	DN:
2295	10	4723
Informar agência e contas	Informar agência e contas	Informar agência e contas

CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	Hora	BBB	BBB
BRASIL	10:00	(227)	(227)
AGÊNCIA	Nº:	DN:	DN:
BBB	2295	10	4723
Informar agência e contas	Informar agência e contas	Informar agência e contas	Informar agência e contas

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

TORITAMA/PE 07 de JUNHO

Lugar e Data

Gemildo Genvil dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



432550

01/30/2018

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ºCIRC DINTER/17ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0219000389

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/03/2018** às **18:17**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 17/3/2017 às 16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VERTENTES, 1, PE 80 - PRÓXIMO
DA FÁBRICA DE SEEDO - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO
/BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**OUTRO (AUTOR / AGENTE)
GENILDO GENIVAL DOS SANTOS (VÍTIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na garação da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**

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

**GENILDO GENIVAL DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês:
MARIA HELENA DA CONCEIÇÃO Pai: GENIVAL JZIBIO DOS SANTOS Data de Nascimento:
27/01/1922 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
84238938402 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Telefones Celulares:
- 818948446**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 1, RUA SANTA AMARA 44 COHAB - CEP:
56800-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO DA IGREJA
CATÓLICA**

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

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): GENILDO GENIVAL DOS
SANTOS , que estava em posse do(a) Sr(a): GENILDO GENIVAL DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 150 Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Boletim de Ocorrência

Elo: #/SC /Users/POLICIA_CIVIL/_info/relatorios/MPCE/Prec...

Placa: **OYR8876** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C1MC1959ER128918**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

RELATOU A VÍTIMA QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE COR BRANCA DE PLACA OYR8876, NA PE 90 NAS PROXIMIDADES DA FÁBRICA DE SEBO. QUANDO FOI SURPREENDIDO NA TRAVESSIA DE UM CACHORRO, E AO DESVIAR DE TORITAMA, SENDO LIBERADO. SENDO OPERADO EM UM HOSPITAL DE ROBÉLIO DE SOUZA.

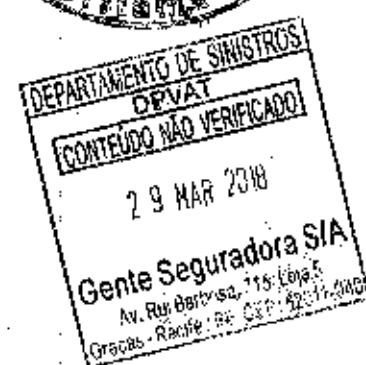
Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial

**GENILDO GENIVAL DOS SANTOS
(VITIMA)**

Genildo Genival dos Santos

B.O. registrado por: **Rui Jose Medeiros Silva - Matrícula: 381102-6**

Rui Jose Medeiros Silva



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
GENILDO GENIVAL DOS SANTOS	042.389.384-02	17/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
GENILDO GENIVAL DOS SANTOS	042.389.384-02
Email	Telefone (DDD)

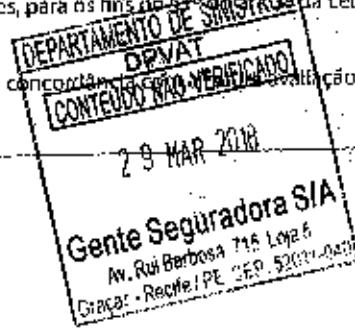
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins de fato constante 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 validação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



TORTAMALIS, 28 de MARÇO de 2018

Local e Data

Genildo Genival dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

PREFEITURA DE
TORITAMA
Trabalhando para todos

Toritama, 18 de Janeiro de 2017.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 005/2018

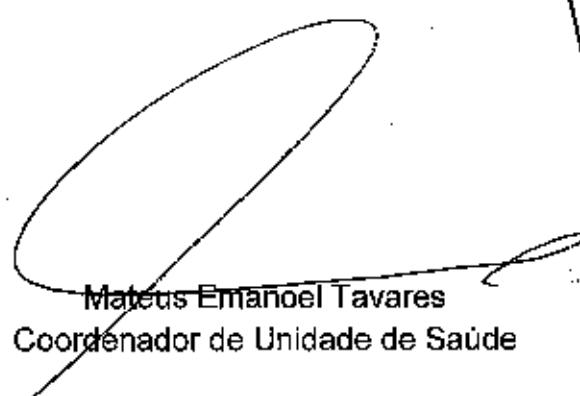
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS** deu entrada nesta unidade como vítima de acidente como consta na ficha geral de emergência no registro nº 12.078, no dia 17/03/2017 foi atendido e em seguida sendo LIBERADO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Mateus Emmanoel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde



Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192 • E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE
EMERGÊNCIA

Data: 17/03/17 Hora do Atendimento: 16:21 REG: 12.078

Nome: Genilcio Gomides dos Santos

Sexo: masc. fem. Idade: 36 SUS: 847810034868711593

Responsável/Parentesco: _____ Telefone: _____
(Para menores de idade)

END: R. Santo Amaro n. 40

Bairro: polival - Ponteixa

Estado Civil: Solteiro Casado Outros Data de Nascimento: 23/06/82

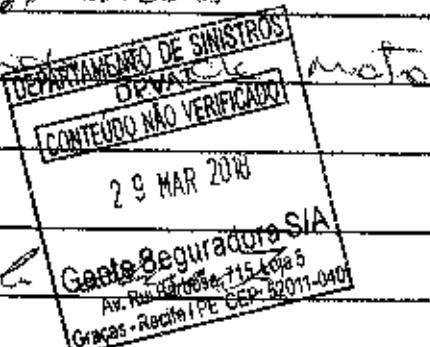
Filiação: Maria Vilma da Conceição

Profissão: _____ RG: _____

PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ HGT: _____ Peso: _____

Histórico da Doença Atual: Agreste festei o dia de São João no pôr do sol (Transferido para Hospital) e comecei a sentir dor, não havia medido a temperatura

Exame Físico: Intorno da articulação



Diagnóstico Provisório: Fratura da clavícula

Conduta: No Trânsito Hospital

Hora da Liberação do Paciente: _____



MÉDICO(CRM)

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 10.835.832/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



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: 0000-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

COBRA JOÃO DOS SANTOS

CPF: 029.834.024-30

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA STA. AMARAL 44

COHAB/TORITAMA
55125-000 TORITAMA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tâxas, 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

20/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

85,37

CLASSIFICAÇÃO

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

008921217

CONTA CONTRATO

007023965920

Nº DO CLIENTE

2015165742

Nº DA INSTALAÇÃO

0003895413

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FE58.C421.45C1.DAC7.3568.EC05.72F2.C9FA

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s):		
Consumo Ativo(kWh)	108,00	0,68359185	73,82	Vencido	DI Rec.	Valor
Contribuição Iluminação Pública			5,21	Suspenso	15/03/18	0,00
ICM & Subvenção-CDE-NF 00143950-16/12/17			0,71			
Multa por atraso-NF 0013988600 - 12/01/18			1,29			
Juros e correção-NF 0013988600 - 12/01/18			0,01			
Atualização IGP-M-NF 0013988600 - 12/01/18			0,53			
PRO-crianças-(UB1)3412-89UD 0800 031 8989			5,00			
TOTAL DA FATURA			85,37			

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS							
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
73,82	25,00	18,45	73,82	0,02	0,60	73,82	3,81	2,60	

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DATA	TIPO DA FAZER	ANTERIOR	ATUAL	VALOR	CONSUMO	DESCRIÇÃO	CONDUTA	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRI. ANUAL
00000000 10/03/2018	CAT	09/02/2018	10/03/2018	1.000,00	0,00	0,00	100,00	0,00	10,62	21,23

DATA PREVISTO PARA A PROXIMA LEITURA: 29/03/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individualizada no nível do fornecimento de fornecimento. Pág. 01, artigo gera multa 2% (Res.414/ANEEL). Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.

O Cliente é compensado quando há desacumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de fornecimento futura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13. Combata o mosquito do dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

DESENHO AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007023965920	03/2018	85,37	20/03/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000008 853700110072 023965920100 115462967632



CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
007023965920	03/2018	85,37	20/03/2018	

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

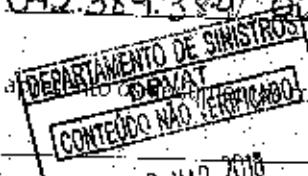
A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações 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 COAF².

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOLINA DE A. FERREIRA, inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GENILDO GENIVAL DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o N° 042.389.384-02, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima GENILDO GENIVAL DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o N° 042.389.384-02, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e a 

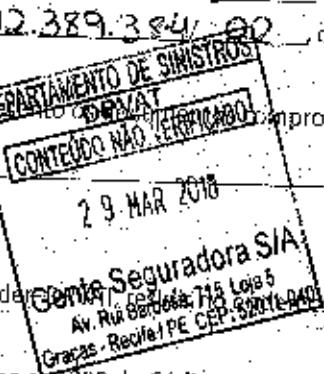
Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider, que o endereço constante 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

Endereço	Número	Complemento
RUA JOSÉ BATISTA	370	CASA
Districto	Estado	CEP
GENTRO	06	55750-000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
AFSEGURADOS1994@yahoo.com.br	(81)9700-1998	(81)9161-3907



29 MAR 2018

SURUBIM/PE, 05 de MARÇO de 2018

Local e Data

Adriana M. de A. Ferreira

Assinatura do Declaramte

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

EU, JOSE ROSELIO DE SOUZA

RG Nº 6296.373, data de expedição 07/04/2011, orgão SPI/PE,

Portador do CPF nº 834.466.234-15, com domicílio na cidade de TORITAMA no estado de PERNAMBUCO, onde resido Na (rua/avenida / estrada) RUA SITZ AMARA, nº 44,

Complemento CASA declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com vítima GENILDO GENIVAL DOS SANTOS, cujo o condutor era GENILDO GENIVAL DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA ICG 150 TITAN ESD

Ano: 2014

Placa: OVE 8876

Chassi: 9C2KC1650ER025515

Data do Acidente:

Local e Data: 26/03/2018

X JOSE Roselio de Souza

Assinatura do declarante

Gênil do Genival dos Santos

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



Cartório Único - Toritama - PE
Av. Joaquim José, 343 - Centro - Toritama/PE
Aurus de Moura Jesus
Tabelião
José do Rosário da Silva Araújo
vº Substituto
Cristina da Silva Araújo
Fone: 81 3222-2222

TAB. DE NOTAS E PROTESTOS E OFICIO NO REG. DE IMÓVEIS TIT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS
Cartório Único - Toritama - PE - Av. Joaquim José, 343 - Centro - Toritama/PE
Data de Meio de Março de 2018 - Horário Notarial: 10h30min - Sessão: 10h30min - Ofício: 10h30min - Assunto: 10h30min
Sua, Rio Comprido - 343 - Centro - Toritama/PE - CEP: 52011-040
Por autenticidade e firma do: JOSE ROSELIO DE SOUZA
CPF: 834.466.234-15 - RG: 6296.373 - Nasc.: 07/04/2011 - End.: RUA SITZ AMARA, 44 - Bairro: Centro - Cidade: Toritama - Estado: PE - CEP: 52011-040
Data: 26/03/2018 - Hora: 10h30min - Ofício: 10h30min - Assunto: 10h30min
Valor: R\$ 0,00 - IPVA: R\$ 0,00 - Total: R\$ 0,00 - Saldo: R\$ 0,00/100,00
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/epindigital
True copy True copy True copy
Autenticação de documento de autenticidade em: www.tjpe.jus.br/epindigital

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GR-STE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Sr (a) Genildo Genival dos Santos , Esteve internado na Unidade Hospitalar no período do dia, 17/03/2017 e Assinou termo de responsabilidade em 17/03/2017 Registro: 294802 . OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

desde já nos colocamos à disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru 21 de Junho de 2017

Alexandro da Silva Freire
Setor de Ativado - SAMU do RN
Matrícula: 12450

Selos de Arquivo (SAMU)

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
CONTRATO DE VERIFICAÇÃO

29 MAR 2018

Seguradora SIA
Av. Dr. 719 Lote 5
Setor Serraria

FUSAM

075100200-21
do Hospital Regional
Dr. 232, Km 130
Intermares - RN

Centro - RN

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: GERALDO GENIVAL DOS SANTOS
Data-Nasc: 27/03/1982
CPF: 04235938402
Endereço: RUA SANTO ANAHO
Bairro: COHAD

Atendimento: 307516

Prontuário: 2000002

Mae: MARIA HELENA DA CONCEICAO
Profissão: MATERNA
Cidade: TORITAMA
CEP: 55125000
Fone: 981452283

Sexo: MASCULINO
Cor: PARDAS
CNS: 8980034863/1597

Religião:
Nº: 44

Estado: PE

Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

Setor: Atendimento / ATT / COM / MOTOCICLISTA
Clínica: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO: Data: 08/2017 11:16
Exame Principal / HPA:

Médico: MEXICO PLANTONISTA

Exame Físico:

PAP: FCG:

Diag. Provisional:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVOLUÇÃO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 Lote 3
Graças - Recife PE CEP: 50170-000

Descrição:

Dietas:

ABTE:

Horas:

des

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Padrão

(+) Paciente

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

Nome: Edson Góis Evangelista da Silva

RG:

Endereço: R. São João, 1000

Tel:

Data: 11/03/2017

Autorização de Procedimento

(+) Paciente

Nome:

RG:

Endereço:

Tel:

Procedimento:

ag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta () Cirurgia () Óbito () Evadisse ()
 Transferência: _____

Termo de Alta a Padrão
Internamento Gravas - Radios - PE CEP: 55000-000

Condição de Alta

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

Data: / / Hora: Médico:

21/03/2017 11:16:59 AM
2 de 2

Usuário do Atend.
SIMONESE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DR/AT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura
29 MAR 2017

Gente Sorradora

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

Atendimento: 00962970

Data Nascimento: 27/06/1982 Idade: 34 Anos, 8 Meses e 18 Dias

Prontuário: 00405063

Sexo: Masculino

Histórico Atual:

Paciente refere dor em região de ombro D apos trauma

Exame Físico:

Dor + edema

Exames complementares:

RX

Hipóteses Diagnósticas:

LAC ombro D

Conclusão:

transferencia ao HRA + Imobilização

SUSPENSO

GENE ACOMPANHAMENTO MÉDICO

SIM

NAO

Transferido / Encaminhado para:

43 - TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

RX

Data: 17 DE MARÇO DE 2017

Hora: 10:47



Ass. e CRM do Médico
Dr(a): THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES
CRM - 18568

SISTEMA DE CONTROL CLIMATICO

DATA SOURCES

NOV 1964

卷之三

Frontline
22-185
Faster Grip

三

Reklame	Werbemittel	Werktagszeit	Werktagszeit	Wochentagszeit	Wochentagszeit	Wochentagszeit
Reklame	Werbemittel	Werktagszeit	Werktagszeit	Wochentagszeit	Wochentagszeit	Wochentagszeit
Reklame	Werbemittel	Werktagszeit	Werktagszeit	Wochentagszeit	Wochentagszeit	Wochentagszeit
Reklame	Werbemittel	Werktagszeit	Werktagszeit	Wochentagszeit	Wochentagszeit	Wochentagszeit
Reklame	Werbemittel	Werktagszeit	Werktagszeit	Wochentagszeit	Wochentagszeit	Wochentagszeit

15

卷之三

RENTA SISTEMÓ: ODEHE TÖRENİ YAZISI

1

三

13

卷六

—

廿四

1

1

१०

•

四

三

TERMO DE PESQUISA DA

卷之三

BRUNSWICK, JOHN WILSON, BORN 1837, SON OF JOHN W. R. BRUNSWICK, FOUNDER OF THE B. & W. COMPANY, DIED 1908, PUBLISHER OF "THE B. & W. JOURNAL."

25

卷之三

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIVAT
CONTENDO MAIS VERIFICADO
10 JUL 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rua Barroso, 715 Lote 5
Grápolis - Rio de Janeiro - RJ CEP: 26201-1040

BRANDE - 30 de Maio de 2017



HOSPITAL

NOTA DE SALA.
CENTRO CIRÚRGICO

037184

جعفر

Dear Friend & Advisor - So glad
to get your letter.

~~Excerpts from the General Assembly~~

www.jstor.org Page 6

Nov. 20, 1983 (cont'd) *newest*

precipitation 9-23-1854 - 2.24980

~~RECORRIDO DE SISTEMA~~ RECORRIDO DE SISTEMA AL CERRO DEL TIGRE

CHAPTER XXVII.

A11YSLIDES

ANESTHESIA

Conradina L. glabra

سید علی بن ابی طالب

PHOTOGRAPHIC 49 : 05 MAY 1943

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESINFILTRADA	06
1891	TRANSTEDINA	
2070	AVITAMINA	
2230	CHILONA	02
29183	PROSTIGMINE	
2062	URTOCLAMARAMBIA	
1963	SEROMINA	
2380	CAHARACTINA	
3063	DEXAMETASONA	04
3392	FLUOROX	
1979	ARASIN	
1959	AVINOCRILINA	
2893	TRANSAMIN	
78833	TAUBRONON	01
78832	TUATZI 4060	01
5580	HEBOCORTISONA	
5339	UNIGAN	
5338	EUROSEPTINA	
4656	CREALOTINA Ig	02
70238	QINOLINA	04
1673	AMINALINA	
5070	OCAMINA	
38036	CLORETO DE BORRIO	
1950	CLORETO DE POTASSIO	
2646	GLICOSIDE 8%	
1767	CITRAXONA	
26135	SOLU-AMIGDOLA SODICA	
1562	BICARBONATO DE SÓDIO	
5054	CLORONATO DE ALCOOL	
48393	YORAINA	
48555	DIAZEPAMICO SÓDICO	
COD.	PSICOTROPICOS	QUANT.
73216	TRAMAL	
36870	ENOBARBITAC	
38255	QUESPAZ 1000	
2034	DIMOGEP 10mg	
3036	DEMOGE 1,0ml	
3982	DEGLANTINA	
8267	HUGENTAL	
24455	YOKARINA	
8962	PITALAR	
70235	ALPENTANINA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
22635	NITROBUT	
2331	PANCISSON	
26432	PRINCIPAL	02
4642	PARALAN	04
20249	TRAL 100	
2831	MAJADANO	
23672	MEFORANO	
2730	ISOFLURANO	
4758	TIOPUTAL	
2269	NEURA 5A 0,5% 100	
20230	NEOCALNO 0,5% 50	
2024	YILPERIDOL	

COD.	ITEM	QUANT.
	ACOPLEX N°	
	EFIDIMOND N°	
	SIGMONYDIN N° 26	0,2
	CROMADOL 65 N°	
	CROMADOL CAN N°	0,4
	VICRAL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLEFAN N°	
	ALGODAO CAX N°	
	ALGODAO SA N°	
3.000	FIBA CARDIACA	
COD.	SORTIAS	QUANT.
19213	ALCOOL	2 g
265	ETOH	1 ml
261	PPI PEGO	
300	PPI DESARMANTE	
240	AGUTONINERASA	
411	ESTERINA	
30000	CLORANFILINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	ANHIDROCARBONO	
	ONIGENO	X/6
	OXIDO NITROSO	
	VACUO	
	NITROGENIO	
	AMMONIUM	
	MISTURA DE ETICOS	X/6
	CAMPANARIO	
	AMMONIUM CLORATO	
	MONITOR CARDIACO	
	OXIGENOGÊNIO DIFUSO	X/6
	ASPIRADOR DE ETICO	X/6
COD.	SORTIAS	QUANT.
	SORO FÍLOGLOBLASTICO 500ml	1.000
	SORO GLICOSOLADA 200ml	
	SORO RENAL 500ml	1.000
	FUSO FER	
	MANUTOP	
COD.	OUTROS	QUANT.
1.0	Clorofilla 1ml	0,1
	Fio de Sustentação	0,1
	serapres	0,1
	Festão p/ Caudilhos	0,1

HOSPITAL
CENTRAL DE
RECIFE

BOLETIM DE ANESTESIA

CIRURGIA

AGENTES

ORDE

NOME: Edvaldo Sampaio

CONVENIO: PCB - SERIE: 27

SEÇÃO: ANESTESIA

DATA DE NASCIMENTO: 24/06/1952

DIAGNOSTICO: Pneumonia Crônica

PROBLEMA: Respiratório

TIPO:

DATA:

PROBLEMA:

TIPO:

PREScriPCiON MEdiCA

00000000

00000000

NOMBRE: Clemente Gómez

DIRECCiON: 742 Calle Paseo

EDAD: 45

SEXO: Hombre

FECHA: 20/03/2018

DIAGNOSTICO: Obesidad

DATA: 1/1/2018

MEDICAMENTOS:

WEIGHT:

CONTINUACION:

200g x Día

2x2

Almuerzo en el Medio

100g x Día

Almuerzo

Almuerzo

Almuerzo

Almuerzo

Almuerzo

Almuerzo



PREScriçãO MÉDICA

NO. 5777

GARIBOLDI

2

四

JÄGNER

卷之三

卷之三

卷之三

PACIENTE: *Giovanni Júnior dos Prazeres*
 N° DO PRONTUÁRIO: *103117* N° DO ATENDIMENTO:
 DATA DA OPERAÇÃO: *10/3/17* ENFERMARIA:
 LÉITO:
 OPERADOR: *Gelmar*
 1º AUXILIAR:
 2º AUXILIAR:
 3º AUXILIAR:
 ANESTESISTA: *José Geraldo*
 TIPO DE ANESTESIA:
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *Portas fechadas*
 TIPO DE OPERAÇÃO: *Portas fechadas*
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *Portas fechadas*
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

Dr. M. Leal

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

O paciente desceu
Além

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO FÍSICA E TÉCNICA - LIGADURAS - IRREDIMÍVEL - SUTURA - MATERIAIS IRREDIMÍVEIS - APRETE - VIBRAS

O paciente desceu

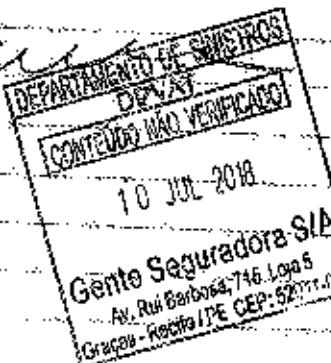
O paciente desceu

(3) paciente desceu

(4) paciente desceu

(5) paciente desceu

(6) paciente



Dr. Gelmar dos Prazeres
 CRM 1863 / CR 31.342
 ORTOPÉDICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

卷之三

三

卷之三

卷之三

二

卷之三

卷之二

四

52

卷之三

Rock contains some sand and gravel.

From Prof. Dr. Max Müller, Oxford, on the 13th
of November. Prof. Müller's kind regards

Chia et al. / Primary Prevention

923185 GENILDO GENIVAL DOS SANTOS M
20.03.2017
HOSPITAL ANTONIO TARGINO

