

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS, IT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS
 Rua do Comércio, 100 - Centro - Toritama - PE - CEP: 55.425-000 - Fone/Fax: (011) 3541-3957

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, do qual autêntico e dou fé. TORITAMA-PE, 01/03/2018, 13:45:02. Substituta: MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA ARAGÃO. Enq. R\$ 3,07; TSMR R\$ 0,65; FEYC R\$ 0,34. Total R\$ 4,06. Selos: 0075752 (01/03/2018) 0075752. Autenticidade em www.toritamape.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 29 MAR 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS, IT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS
 Rua do Comércio, 100 - Centro - Toritama - PE - CEP: 55.425-000 - Fone/Fax: (011) 3541-3957

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, do qual autêntico e dou fé. TORITAMA-PE, 01/03/2018, 13:45:02. Substituta: MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA ARAGÃO. Enq. R\$ 3,07; TSMR R\$ 0,65; FEYC R\$ 0,34. Total R\$ 4,06. Selos: 0075752 (01/03/2018) 0075752. Autenticidade em www.toritamape.com.br

Ofício Unipós Toritama-PE
 Rua do Comércio, 100 - Centro - Toritama-PE
 Atuação de Adm. J. B. Santos
 Toritama
 Rua do Rosário, 100 - Silva Aragão
 70 - Substituta
 Rua do Comércio, 100 - Silva Aragão
 20 - Substituta



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

DETRAN-PE Nº 012564484443
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA - COD RENAVAM - ANO - EXERCICIO
1 1008913112 ***** 2016

NOME
JOSE ROBELIO DE SOUSA

CORRETAMA-PE

OFICINHA - PLACA - ANO
294.458.214-15 OYR0876

PLACA ANT/JF - CHASSI
***** 9C2K01650ER023515

ESPÉCIE TIPO - COMBUSTIVEL
PES MOTO-CICLETA ALCO/GR50L

MARCA/MODELO - ANO FAB - ANO HOM
HONDA/CG 150 TITAN ESD 2014 2014

CAP/POT/CIL - CATEGORIA - COR.PREDOMINANTE
22/19900 PARTIC FRANCA

COTR. INCA - VENC. DATA ÚNICA - VENC. DATA 3
IEVA 2016 QUITADO *****

FAIXA IEVA - PARCELAMENTO/DATAS

PREMIO TARI-FAC (R\$) - OF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
SEGURO. PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL - DATA
CORRETAMA-PE 16/09/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

PE Nº 012564484443 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ROBELIO DE SOUSA

ESTA É A SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSENTURA
www.dpvate.com.br
SAC DPVAT 0800 025 1204

CORRETAMA-PE EXERCICIO - DATA DE VALIDADE
2016 16/09/16

VIA - COD RENAVAM - PLACA
1 1008913112 294.458.214-15 OYR0876

RELAZIO - MARCA/MODELO
1008913112 HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB - ANO HOM - CHASSI
2014 2014 9C2K01650ER023515

PREMIO TARI-FAC

FAIXA IEVA - DATA ÚNICA - DATA 3

GUSTO DO BILHETE (R\$) - OF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
SEGURO. PAGO

DATA ÚNICA - PARCELAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

0800 025 1204
www.seguradoralider.com.br

DEPARTAMENTO DE SEGUROS E BILHETES DPVAT
RUA BARBOSA, 715 - LATA 5
GRACAS - RECIFE/PE - CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lata 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

DATA DO ACIDENTE 11/03/2017 CPF DA VÍTIMA 040.389.384-02

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA ME MOURA DE A FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANÍPOCO É O

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DOGÃO BATISTA

Nº 230 COMPLEMENTO CASA BARRIO CEUTIRO

CIDADE SURUBIM UF MS CEP 55350-000

E-MAIL MS.SEGUROS1994@vivo.com.br TELEFONE (XX) 9700-199

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018

Gente Seguradora S/A
Rua Barbosa 715 Loja 5
Fone: 0800 52011-040
CNPJ nº 06.948.888/0001-01

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O ATENDIMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RECÍPIENTES FISCIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() RECÍPIENTES FISCIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO INL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

4.810.389.55018

Adriana de A. F. Fernandes

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 EVIDENCIA PRESENÇA 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
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 EVIDENCIA PRESENÇA 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-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE-	6624622 SSP/PE
ENDEREÇO-	RUA SANTA AMARA, 44, COHAB, TORITAMA-PE

OUTORGADO

NOME-	ADRIANA MARIA MOURA DE ARAUJO FERREIRA FERNANDES
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE-	4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO-	RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM/PE

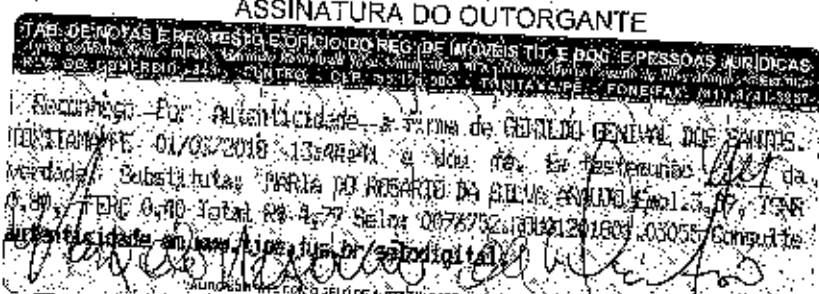
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, QUEM CONFIJO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS DE OBRIGATORIO DPVAT. CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



TORITAMA/PE - 14 DE MARÇO DE 2018



Assinatura do Outorgante



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

Carta nº 12599691



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.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, 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.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

Carta nº 12785436



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 721206 (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.

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 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. INF
Endereço: RUA SANTA AMARA Número: 44 Complemento: CASA
Bairro: COLAB Cidade: TORITAMA Estado: PG CEP: 55250-000
Email: _____

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, que a residência informada é verdadeira. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ PRECISO 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 ☐ R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00 ☐ R\$ 15.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00 ☐ R\$ 20.001,00 ATÉ R\$ 30.000,00 ☐ R\$ 30.001,00 ATÉ R\$ 40.000,00 ☐ R\$ 40.001,00 ATÉ R\$ 50.000,00 ☐ R\$ 50.001,00 ATÉ R\$ 60.000,00 ☐ R\$ 60.001,00 ATÉ R\$ 70.000,00 ☐ R\$ 70.001,00 ATÉ R\$ 80.000,00 ☐ R\$ 80.001,00 ATÉ R\$ 90.000,00 ☐ R\$ 90.001,00 ATÉ R\$ 100.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

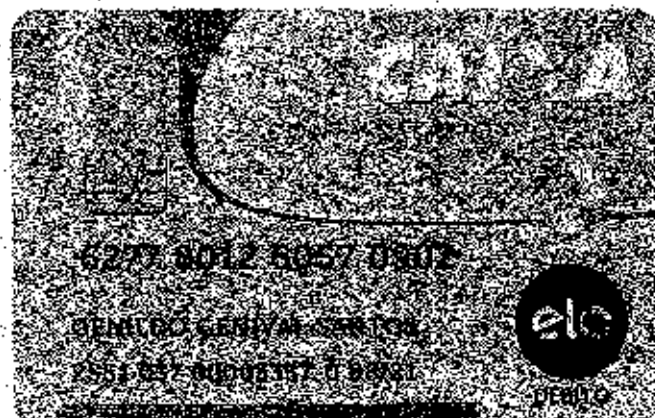
BANCO: CAIXA NPO: 404
AGÊNCIA: 2551 D/V: 3357 D/V: 0
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

TORITAMA 28 de MARÇO de 2018
Local e Data

Genil do Genival dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 MAR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040

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.

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI

7150144184

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 INF

Endereço

RUA SANTA AMARA

Número

44

Complemento

USA

Bairro

CDHAB

Cidade

TORITAMA

Estado

PE

CEP

55125 000

E-mail

Telefone (DDD)

(81) 91613907

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 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)

☐ CONTA CORRENTE (informar banco e agência)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

(informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

2551

CONTA

Nº

5087

CONTA

Nº

4

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

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

TORITAMA/PE 04 de MAIO

de 2018

Local e Data

Genil do Genival dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal poderá 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 ASI: 2180144184 CPF da vítima: 04238938402 Nome completo do 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-IMP
Endereço: RUA SANTA ANA Número: 144 Complemento: 4557
Bairro: COUROS Cidade: TORITAMA Estado: PE CEP: 55125-000
E-mail: (81) 96650454

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 001 CN: 001 CONTA: 001 DV: 001
I Informar data de depósito: 00/00/00 II Informar data de depósito: 00/00/00

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO: BRABESCO HED: 237
AGÊNCIA: 001 DV: 001 CONTA: 001 DV: 001
I Informar data de depósito: 00/00/00 II Informar data de depósito: 00/00/00

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

TORITAMA 07 de JUNHO

Local e Data

Genildo Genival dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTAS DO SEGURADO
13 JUN 2018
Gente Seguradora
Super Atendente

432550
0113021/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0219000389**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **17/3/2017** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VERTENTES, 1. PE 98 - PROXIMO
DA FABRICA DE CEBU - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO
/BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR/AGENTE)
GENILDO GENIVAL DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração 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 no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA HELENA DA CONCEIÇÃO Pai: GENIVAL IZIDIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 27/6/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 84238938402 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 818948146

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 1, RUA SANTA AMARA 44 COHAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO DA IGREJA CATOLICA**

OUTRO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) 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/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR2876** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2HC1959ER128215**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

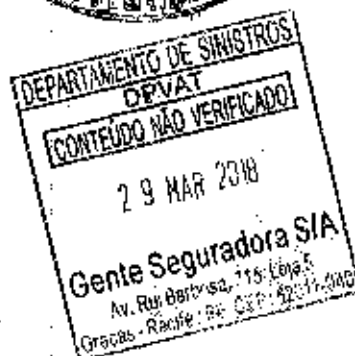
Complemento / Observação

RELATOU A VÍTIMA QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE COR BRANCA DE PLACA OYR2876, NA PE 90 NAS PROXIMIDADES DA FABRICA DE SENO. QUANDO FOI SURPREENDIDO NA TRAVESSIA DE UM CACHORRO, E AO DESVIAR CAIU NA RIBANCEIRA, FOI SOCORRIDO PELA PESSOA DE ROBELIO PARA O HOSPITAL DE TORITAMA, SENDO LIBERADO. SENDO CIRURGIADO EM UM HOSPITAL DE CAMPINA GRANDE (ANTONIO TARGINO), A MOTOCICLETA ESTÁ EM NOME JOSE ROBELIO DE SOUZA.

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

x Genival do Genival dos Santos
GENIVALDO GENIVAL DOS SANTOS
(VITIMA)

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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

CPF da Vítima

042.389.384-02

Data do Acidente

17/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

CPF do Representante Legal

042.389.384-02

E-mail

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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



TORTAMALHA 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

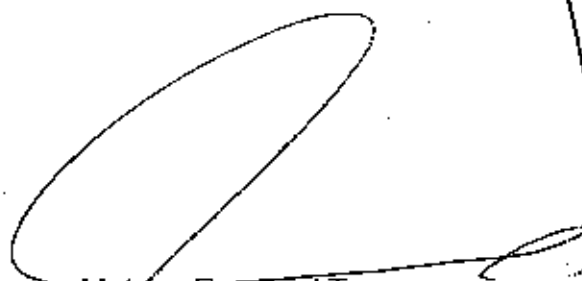
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**

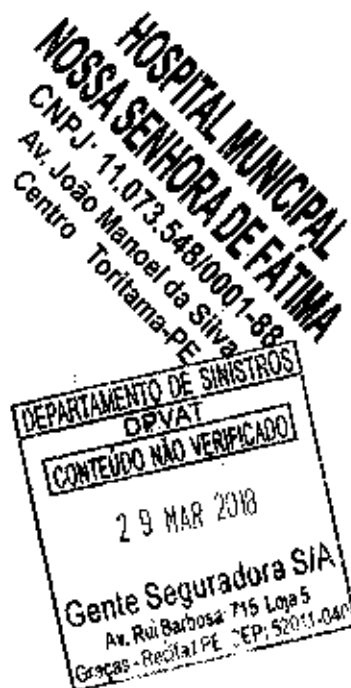
Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS** deu entrada nesta unidade como vítima de acidente como consta na ficha geral de emergência no registro nº 12.078, no dia 17/03/2017 foi atendido e em seguida sendo LIBERADO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Emanuel 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: Genildo Genival dos Santos

Sexo: ☒ masc. () fem. Idade: 36 SUS: 8|9|8|0|0|3|4|8|6|8|7|1|5|9|7

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

END: R. Santa Amaro 10

Bairro: Volta - Penteiro

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Outros Data de Nascimento: 22/06/82

Filiação: Maria Vitoria da Conceicao

Profissão: _____ RG: _____

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

Histórico da Doença Atual: queixa de fratura no clavículo direita por ptº HAD (transferido pelo hospital) e arvia o tempo, não houve medicação particular

Exame Físico: estresse de arvia moto

Diagnóstico Provisório: Fratura do Clavículo

Conduta: no traumatologista

Hora da Liberação do Paciente: _____

Dr. Manoel Afrélio S. Xavier
Dr. Manoel Afrélio S. Xavier
CRM-PE 24066

MÉDICO(CRM)

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 RUA JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP 50050-802
 CNPJ 10.835.832/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao cliente audível ou da fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

COSME JOAO DOS SANTOS

CPF: 029.834.024-30

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA STA AMARA 44

CDHAB/TORITAMA
 55125-000 TORITAMA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), 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
20/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
85,37

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FE58.C421.45C1.DA07.3568.EC05.72F2.C9FA

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
13/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
13/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL
00921217

CONTA CONTRATO
007023965920

Nº DO CLIENTE
2013165742

Nº DA INSTALAÇÃO
0003895413

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	108,00	0,68389185	73,82
Contribuição Iluminação Pública			5,21
KCM S Subvenção-COF-NF 001443050-16/12/17			0,71
MUNs por atraso-NF 001398860 - 12/01/18			1,29
Juros por atraso-NF 001398860 - 12/01/18			0,01
Atualização IGPM-NF 001398860 - 12/01/18			0,53
PRÓ-ORIENTAÇÃO-(UB1)3452-89UD 0500 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			85,37

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s):

Vencido	DI Receb	Valor
20/03/18	13/03/18	85,36

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer inclusão no rol de inadimplentes do crédito do SFC e SUSASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o boleto em débitos anteriores, nem outros atos administrativos ou decisões judiciais que possam ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(KWh) 0,4803086

HISTÓRICO DO CONSUMO

	DATA	VALOR (KWh)
MAR	10	106
FEV	18	107
JAN	14	82
DEZ	17	113
NOV	17	30
OUT	17	30
SET	17	123
AGO	17	125
JUL	17	140
JUN	17	163
MAY	17	122
ABR	17	99
MAR	17	114

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	23,31	27,36
Transmissão	2,13	2,49
Distribuição (Celpe)	17,62	20,67
Energias Sociais	3,84	4,50
Tributos	21,43	25,20
TOTAL	73,82	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
73,82	25,00	18,45	73,82	0,02	0,60	73,82	3,81	2,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO INDICADOR	TIPO DE MEDIÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
000000000100602081	CAT	09422018	1477,00	13/03/2018	1.605,00	02	1.605,00	02	1.605,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
Interrupção de energia	0,00	0,31	10,62	21,23	
Interrupção de energia	0,00	0,36	8,60	15,20	
Interrupção de energia	0,00	0,03	0,09	0,05	

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/03/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível do fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento 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 cobrada a cota de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
 O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
 Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

TRILHO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
 Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838500000008 853700110072 023965920100 115462967632





União Social de Energia Elétrica - Criação pela Lei 10.158, de 26/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Rda. Vitor. Recife, Pernambuco - CEP 50060-002
 CNPJ 16.830.620/0001-00 | INSC. EST. 000043-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOÃO BATISTA 370

CPF: 045.264.444-04

CENTRO S/L R. B. M.
 SURIJAM PE
 63750-000

CLASSIFICAÇÃO
 31 RESIDENCIAL
 335 DESENVOL
 Monofásico

PROVA DE PAGAMENTO
 COT: 06066
 UNICA
 DESENVOL
 20111133082
 8/2008



Consumo Alim (kWh)
 Contribuição Luminção Pública
 CUS B. Avenidas COTE Nº 00288354-001217

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
183,0000000	0,89353145	110,74
		18,81
		1,34

TOTAL DA FATURA

131,59

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Medição	Anterior	Atual	Consumo	Valor
101910	101910	0340-0010	23117,00	06 03-22 4	23 11-110 30
					182,00

PERÍODO	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MAR 18	100				
FEV 18	174				
JAN 18	172				
DEZ 17	130				
NOV 17	185				
OCT 17	205				
SET 17	194				
AGO 17	127				
JUL 17	121				
JUN 17	214				
MAY 17	221				
ABR 17	187				
MAR 17	175				

RESUMO DE PAGAMENTOS
 MAR 18 100
 FEV 18 174
 JAN 18 172
 DEZ 17 130
 NOV 17 185
 OCT 17 205
 SET 17 194
 AGO 17 127
 JUL 17 121
 JUN 17 214
 MAY 17 221
 ABR 17 187
 MAR 17 175

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 29 MAR 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho 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. MOURA DE A. FERREIRA (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 Nº 042.389.384 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima GENILDO GENIVAL DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.389.384 / 02 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e a documentação comprobatória;

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider, 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 <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
E-mail <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)9700-1998</u>	Telefone celular(DDD) <u>(81)9161-3907</u>

SURUBIM/PE de 28 de MARÇO de 2018
Local e Data

Adriana M. M. de A. Ferreira
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

EU, JOSE ROSELIO DE SOUZA

RG Nº 6296.373, data de expedição 07/04/2011, órgão SDS/PE

Portador do CPF nº 834.466.214-15, com domicílio na cidade de TORITAMA no estado de PERNAMBUCO, onde resido Na (rua/avenida/estrada) RUA STZ 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: OVR 8876

Chassi: 9C2KC1650ER025515

Data do Acidente:

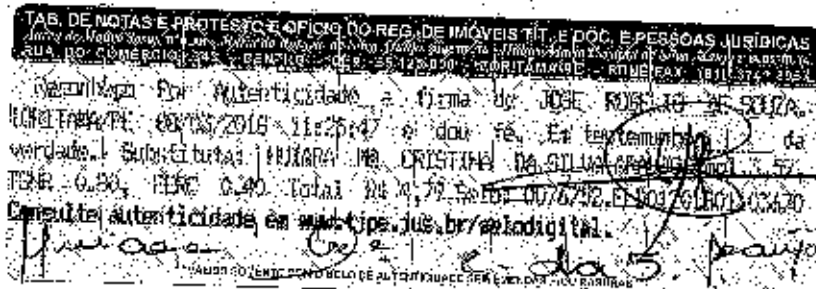
Local e Data: 29/03/18

Assinatura do declarante

Jose Roselio de Souza

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

Genildo Genival dos Santos



Cartório Unico Toritama-PE
R. do Comércio, 413 - Bairro - Teresopolis
Curso de Moura Jesus
Tabelião
João do Rosário da Silva Araújo
e Substituto
Rua Getúlio da Silva Araújo
Toritama-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Sr (a) **Genildo Genival dos Santos**, Esteve
internado Nesta 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 a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru 21 de Junho de 2017

Alexandro da Silva Araújo
Alexandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAME do HRA
Matricula: 12450
Setor de Arquivo (SAME)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTROLE DE SINISTROS
29 MAR 2018

Seguradora SIA
de nº 124.715.104-5
FUSAM - Hospital Regional
do Agreste
BR. 232, Km 130
Intendência de Saúde
Caruaru - PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

Atendimento

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 307516

Prontuário: 294022

Nome: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

Data Nasc: 27/03/1982

Idade: 34

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 04235938402

RG: 0624622

CNS: 898003486371597

Endereço: RUA SANTO AMARO

Nº: 44

Cidade: COHAD

Cidade: TORITAMA

Estado: PE

CEP: 55125000

Fone: 981452283

Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

Nome da Mãe: MARIA HELENA DA CONCEICAO

acompanhante:

motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: ORTODONTIA ORAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO

Data: 03/2017 11:16

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Acidente de trânsito envolvendo moto e carro, resultando em lesões físicas e psicológicas.

Exame Físico:

Exame físico normal.

PA: 110/70

FC: 70

Diagn. Provisório:

Lesões de pele e psicológicas.



Restrição:

Dieta:

Data:

Horário:

3 - Evolução / Exames

Red Patient

Name: John Doe

Entlernaße: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 8

Date: 01/02/2024

Autorização de Procedimento

Norms

Index:

Procedimento:

Definitivo:

Resumo do Paciente

Alta	()	Cirurgia	()	Óbito	()	Evacuação	()
------	-----	----------	-----	-------	-----	-----------	-----

i. Transferrability:

Termo de A

Internamente

Condição de Alta

Curado	Reformado	Inalterado	Oblio
--------	-----------	------------	-------

Data:	/	/	hora:	Medico:
-------	---	---	-------	---------

3: 2017 11 16 59 AM

16 de 2

Uswario do Btend

STYLING



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde



UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO



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

História Atual:

Paciente refere dor em região de ombro D após trauma

Exame Físico:

Dor + edema

Exames Complementares Solicitados:

RX

Hipóteses Diagnósticas:

LAC ombro D

Conduta:

transferência ao HRA + Imobilização

SEMPA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: ☐ SIM ☒ NÃO

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

Matrícula	Nome do Portador	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
223185	GENILDO LUIZ DOS SANTOS	24/02/1951	24	M			CATOLICA
Estado Civil	CPF	Ocupação	Profissão				
	097						
Filiação							
Mãe: MARIA VILELA DA CONCEIÇÃO							
Pai:							
Endereço							
R. SANTA ANA 100 - QUAD. TOITIMANGA 2 CERR.							
				Cumprimento Exatidão			
Assinatura	Data	Nome	Selo				
223185	20/08/01	Edna	COOR. SECRETARIA COM. ELEIÇÕES				
TÍTULO OFICIAL NACIONAL DO GOVERNADOR							
Prêmio	Comissão	Nº Carteira	Validade	Nº CMS			
02-PAQUETE 1951							
Posto	Aprovação		Letra				
Gênero	Processamento						
INTERNAÇÃO	PROCESSAMENTO						
<p>Assinatura do Arquivista</p> <p>223185</p> <p>DEPARTAMENTO DE SIMBROS DIZIAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO JUL 2018</p>							

TERMO DE RESPONSABILIDADE

[illegible]

Headquarters: 21001 170th Avenue, FPO San Diego
 Building 4, Room 600-700-0000, San Diego, CA 92161-0000
 Telephone: 619-415-7755

21 12 12

SECCION DE FERIA
GENILDO GONZALEZ, DOS SANTOS
Reconocimiento por el Sr. GONZALEZ

Det. Robert L. Davis
CHICAGO
Department of Police Administration

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 20/03/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DINAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

Don't want a camera - cost too much

45-175

PROVIDIANO 023455 44-2224980

2015.12.12

CHARGE: 2nd

2. ~~2.2~~ 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8 2.9 2.10 2.11 2.12 2.13 2.14 2.15 2.16 2.17 2.18 2.19 2.20 2.21 2.22 2.23 2.24 2.25 2.26 2.27 2.28 2.29 2.30 2.31 2.32 2.33 2.34 2.35 2.36 2.37 2.38 2.39 2.40 2.41 2.42 2.43 2.44 2.45 2.46 2.47 2.48 2.49 2.50 2.51 2.52 2.53 2.54 2.55 2.56 2.57 2.58 2.59 2.60 2.61 2.62 2.63 2.64 2.65 2.66 2.67 2.68 2.69 2.70 2.71 2.72 2.73 2.74 2.75 2.76 2.77 2.78 2.79 2.80 2.81 2.82 2.83 2.84 2.85 2.86 2.87 2.88 2.89 2.90 2.91 2.92 2.93 2.94 2.95 2.96 2.97 2.98 2.99 2.100 2.101 2.102 2.103 2.104 2.105 2.106 2.107 2.108 2.109 2.110 2.111 2.112 2.113 2.114 2.115 2.116 2.117 2.118 2.119 2.120 2.121 2.122 2.123 2.124 2.125 2.126 2.127 2.128 2.129 2.130 2.131 2.132 2.133 2.134 2.135 2.136 2.137 2.138 2.139 2.140 2.141 2.142 2.143 2.144 2.145 2.146 2.147 2.148 2.149 2.150 2.151 2.152 2.153 2.154 2.155 2.156 2.157 2.158 2.159 2.160 2.161 2.162 2.163 2.164 2.165 2.166 2.167 2.168 2.169 2.170 2.171 2.172 2.173 2.174 2.175 2.176 2.177 2.178 2.179 2.180 2.181 2.182 2.183 2.184 2.185 2.186 2.187 2.188 2.189 2.190 2.191 2.192 2.193 2.194 2.195 2.196 2.197 2.198 2.199 2.200 2.201 2.202 2.203 2.204 2.205 2.206 2.207 2.208 2.209 2.210 2.211 2.212 2.213 2.214 2.215 2.216 2.217 2.218 2.219 2.220 2.221 2.222 2.223 2.224 2.225 2.226 2.227 2.228 2.229 2.230 2.231 2.232 2.233 2.234 2.235 2.236 2.237 2.238 2.239 2.240 2.241 2.242 2.243 2.244 2.245 2.246 2.247 2.248 2.249 2.250 2.251 2.252 2.253 2.254 2.255 2.256 2.257 2.258 2.259 2.260 2.261 2.262 2.263 2.264 2.265 2.266 2.267 2.268 2.269 2.270 2.271 2.272 2.273 2.274 2.275 2.276 2.277 2.278 2.279 2.280 2.281 2.282 2.283 2.284 2.285 2.286 2.287 2.288 2.289 2.290 2.291 2.292 2.293 2.294 2.295 2.296 2.297 2.298 2.299 2.300 2.301 2.302 2.303 2.304 2.305 2.306 2.307 2.308 2.309 2.310 2.311 2.312 2.313 2.314 2.315 2.316 2.317 2.318 2.319 2.320 2.321 2.322 2.323 2.324 2.325 2.326 2.327 2.328 2.329 2.330 2.331 2.332 2.333 2.334 2.335 2.336 2.337 2.338 2.339 2.340 2.341 2.342 2.343 2.344 2.345 2.346 2.347 2.348 2.349 2.350 2.351 2.352 2.353 2.354 2.355 2.356 2.357 2.358 2.359 2.360 2.361 2.362 2.363 2.364 2.365 2.366 2.367 2.368 2.369 2.370 2.371 2.372 2.373 2.374 2.375 2.376 2.377 2.378 2.379 2.380 2.381

HORARIO: 18:00 a 18:30

[illegible]

[illegible]

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-900

1000258

1000258

1000258

1000258

1000258

1000258

1000258

1000258

1000258

1000258

1000258

1000258

Servente
S. Serv. 01
T. Serv. 01
T. Serv. 01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

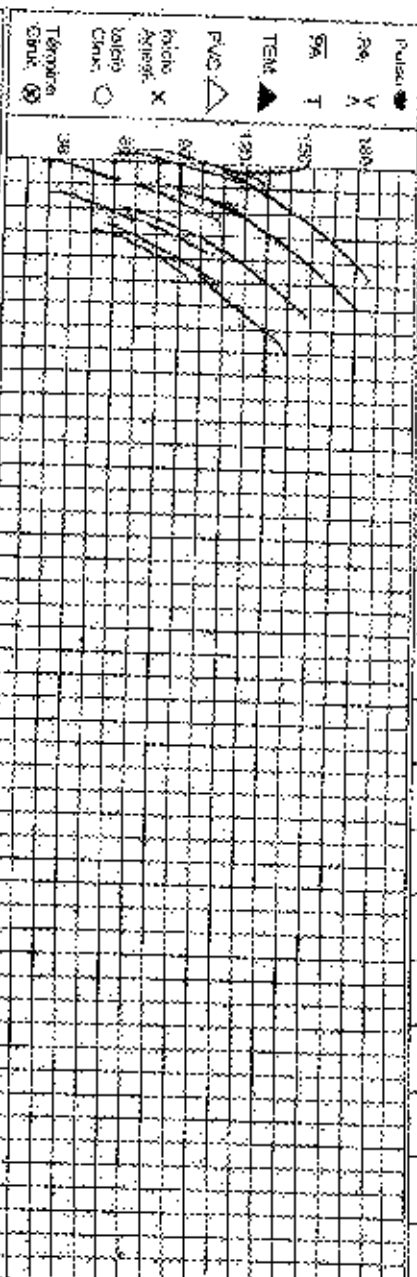
Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01

Ultrav
01



1000258

1000258

1000258

1000258

1000258

1000258

1000258

1000258



HOSPITAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EMISSÃO

DATA 1/1/2018

ASSINATURA

NOME

Carvalho, Genival

SEXO

Masculino

IDADE 74,4

ENDEREÇO

Rua 100

DIAGNÓSTICO

DATA

INTERVALOS

UNIDADE

CONDIÇÃO

20/03/17

D. de

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100

Pront. 1100





HOSPITAL

NOBRE

PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA: 1 / 1 / 2008

ASS:

DIAGNOSTICO

ALTA

LEVO

CONTINUA

DATA: 1 / 1 / 2008

ASS:

BAIA

INDICAMENTOS

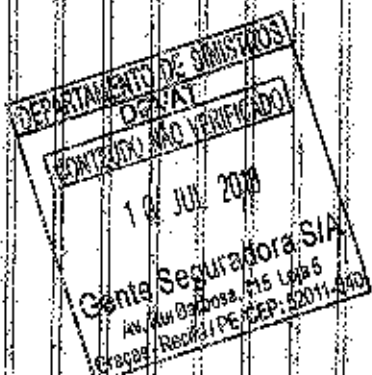
EXAME

EXERCÍCIO MÉDICO

2003/17

[Handwritten signature]

12/03/2008
10h 15min
08/07/2008

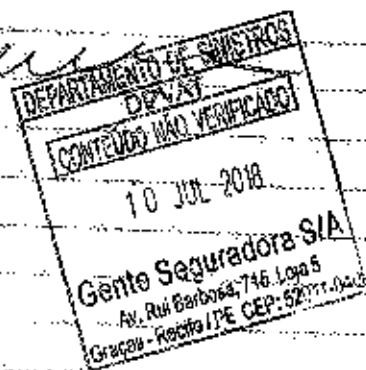


PACIENTE: *Guilherme Jesus dos Santos*
 Nº DO PRONTUÁRIO: *10.317* Nº DO ATENDIMENTO:
 DATA DA OPERAÇÃO: *10.3.17* ENFERMARIA: *10* LEITO:
 OPERADOR: *Colombo*
 1ª AUXILIAR: *10* 2ª AUXILIAR:
 3ª AUXILIAR: *10* INSTRUMENTADOR:
 ANESTESISTA: *Jesus* TIPO DE ANESTESIA: *Med. + Geral*
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fratura do braço*
 TIPO DE OPERAÇÃO: *Pl. Cir. Fm. do braço*
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *Fratura do braço*
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: *Fratura do braço*
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: *Fr. do braço*
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: *10*

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: *10* TÉCNICA: *10* LIGADURA: *10* DRENAGEM: *10* SUTURA: *10* MATERIAL: *10* ASPECTO: *10* VIGILAS

- ① *10*
- ② *10*
- ③ *10*
- ④ *10*
- ⑤ *10*
- ⑥ *10*





INSTITUTO DE SAÚDE
HOSPITAL
MATEO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME

Guarida de Souza

IDADE

30 anos

CONVÊNIO

DATA

DATA

TRABALHO

TRABALHO

NOTA

NOTA

Trabalho com paciente com diabetes. Atual
em 80% de normalidade até o
momento, segue com cuidados
de enfermagem.

Este formulário deve ser preenchido
pelo enfermeiro responsável pelo
paciente.

D

923185 GENILDO GENIVAL DOS SANTOS M

20.03.2017

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

DEPARTAMENTO DE
OPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gratão - Recife/PE CEP: 62011-040