

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE REGINHO DOS SANTOS

RG nº 4184744, data de expedição 11/11/1971 Órgão SDS

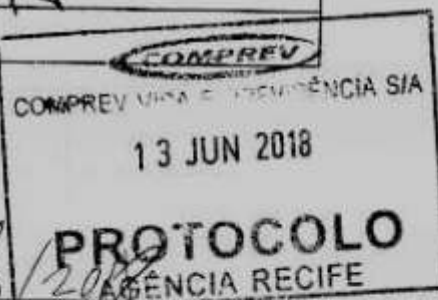
CPF nº 755372-734-20 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ANTÔNIO SALVADOR DE ARAÚJO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>Quixaba</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56828-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9534-0574</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Recife-PE 13/junho/2018



Assinatura do Declarante:

Jose Reginaldo dos Santos

PROTOKOLO
AGÊNCIA RECIFE

DADOS DO CLIENTE
JOSE REGINALDO DOS SANTOS

CPF 755.372.734-20

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO MIGUEL DOS SANTOS 22

CENTRO QUIRÓFANO
QUIRÓFANO DE
95829-000

042080046	SEDE	UNIDADE
	LAACA	12/12/2018
APRESENTACAO	Y R O C D E N T E	N O D A S T A C A O M
12/12/2018	3000043859	202057x

UNICA CONTRATO	REF. 1.000
7023333435	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIO PROPOSTA E OUTROS
19/12/2018	09/01/2019
TOTAL A PAGAR R\$:	73,26

DEFERIDO DA NOTA FISCAL

CONSILIO ADOJOJO
ACRISITO BANCOS AMARELA

QUANTITY	PRICE (RS)	VALUE (RS)
98.000000	0.73875354	72.39
		0.8

TOTAL DA FATURA

73-26

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
108880	CAI	04/01/2018	36.271,00	12/01/2018	36.373,36	33	1,00000		102,36

TRATAMENTO DE COMUMS

Year	Number of Cases
2009	0
2010	0
2011	0
2012	0
2013	0
2014	140
2015	100
2016	80
2017	0

INFORMAZIONE DEL CONSIGLIO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
73,28	25,00	18,32
73,28	0,79	0,57
73,28	3,61	2,64

COMPOSIÇÃO CONTINUA

Carregio de energia	R\$	23,13	31,58%
Transmissão	R\$	3,43	4,68%
Distribuição (CCEP)	R\$	16,52	21,67%
Perdas de Energia	R\$	5,04	6,86%
Energia Semelhante	R\$	4,12	5,61%
Outros	R\$	21,52	29,37%
Total	R\$	73,76	100%

TENTAS APLICADAS

1.5745400

REFERENCES AND NOTES

4360 6F07 0645 6F29 3503 1E68 #1F0 714

REGRAS IMPORTANTES

[illegible]

Atendimento personalizado
com uma equipe de profissionais
em 400-1-800-333-3333, pronto,
para atender suas necessidades
e proporcionar a melhor experiência
possível. Estamos aqui para
ajudar você a encontrar
o que precisa.

CONSTATO	VALORE APPROXIMATO	LIMITE MINORILE	LIMITE TRIMESTRALE	LIMITE ANNUALE
APPOGGIO SCA INCLINATO	2.800,00	6,00	12,06	

TENSÃO NOMINAL (N)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	inferior	superior
225	202	231



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 35.445.527/0001-04

Rua Padre Maciel, 266 – Centro – Quixaba-PE. CEP 56828-000 Fone n.º (87) 3854-8102 – E-mail: ssquixa@bol.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, e a quem interessar, que o Sr. **JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS**, portado do **CPF:755.372.734-20**, **RG:4.184.744** **SDS-PE**, residente na Rua Placido Pereira Nunes s/n. vítima de acidente automobilístico (Moto), ocorrido no dia 20/05/2018 na Rua Antônio Salvador de Araújo, s/n foi Transferido do local com a Ambulância Placa klt 2310 do Centro Médico Maria Alves dos Santos, localizado na cidade Quixaba-PE. e encaminhado ao Hospital Regional de Afogados da ingazeira,

Por ser expressão da verdade, firmo-me assinando abaixo,

Quixaba, em 21 de Maio de 2018.




Maria das Graças Miguel
DIRETORA
Mat. 866

CENTRO MÉDICO
MARIA ALVES DOS SANTOS
CNES: 2347652
QUIXABA-PE

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde de Pernambuco**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. R. E. C

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. R. E. C

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Jose Reinaldo dos Santos

10 - DATA DE NASCIMENTO

11/11/71

11 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Amélia do Socorro dos Santos

13 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Plácido Pereira Nunes

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caruaru - PE

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO

Paciente vítima de acidente automobilístico com dor no dorso, náusea, vômito, dor abdominal. Acidente ocorrido no dia 11/11/2018 às 10h30min. Acidente ocorrido no dia 11/11/2018 às 10h30min.

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

O exame clínico + Rx de tórax

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura torácica + fr. de fêmur + fr. de tibia + fr. de peroneo

22 - CID 10 PRINCIPAL

T818

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO

Abuso de álcool + fratura costal

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Transfusão sanguínea + fr. de fêmur + fr. de tibia + fr. de peroneo

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04.12.04.01.7.4

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Francisco Gomes
Geografia Geral e Geopolítica
CREMEP 0740

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/05/2018

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

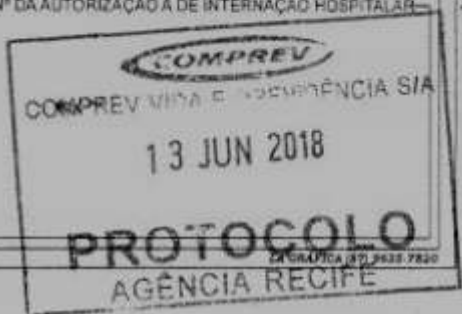
() CNS () CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 87.947
 Data 20/05/18
 Hora 12:00 hs

PACIENTE

Nome: José Reginaldo dos Santos Categoria: Sus
 Sexo: M Idade: M. 71 Cor: Estado Civil: DIVORCIADO
 Naturalidade: Paraná - PE Profissão: Guarda municipal
 Endereço: Rua Relâcio Pereira Nunes

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: Dr. do Socorro dos Santos Parentesco: mãe
 Endereço:
 Internado por Ordem de Ass. Médico - CRM

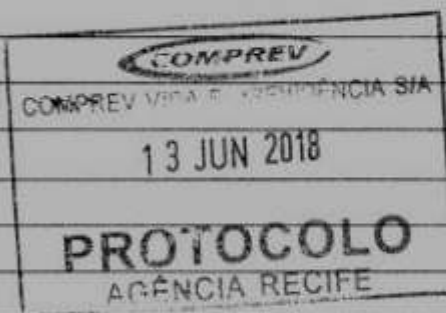
HOSPITAL REGIONAL DA CÂMARA
 VER
NOTIFICADO

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Hora do Atendimento Médico
 Pressão Arterial MX MN Pulso BPM
 Temperatura °C
 Queixa Principal

115.553.920/0010-241
 HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
 Av. Manoel Vespúcio Sobrinho, S/N, Jd. São José, 1301
 50.040-000 - Al. da Inocência

ATENÇÃO MÉDICA

História da Doença Atual
22/05/18 no 2170, (José)
regressou de (Paraná)
com quadro de (dor)
na região (abdominal)
de (câncer) (colon)
de (câncer) (colon)



HOSPITAL REGIONAL DA CÂMARA
 VER
CONFERIDO

HOSPITAL REGIONAL DA CÂMARA
 VER
NOTIFICADO

17
 71
 46

UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

N.º do Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

DRENAGEM LIGADURA ESQUERDO FECHAMENTO

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
20/05/18						

Incisão em 22x5 SUB BAYCOLO
 Intermitente incisão LAM. 10x10cm
 de 2º e 3º graus N.º 34. Fixação
 do dreno com Rx 2-0. Curativo



Confere [Assinatura] Digital
 11.683.920-26
 HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
 Av. Manoel Virgílio de Azevedo, 1000-200
 CEP: 55.000-000 Recife, PE

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião

Dr. Francisco Gomes
 Cirurgia Geral e Obstétrica
 CREMEPE 6740



Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Fone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome: Jose Reginaldo Santos

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

☐ Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;

☐ Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às ____ hr;

☒ Necessita de 120 dia(s) (Dois meses) de
afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;

☐ Esteve internado neste Hospital no período de ____/____/____ à
____/____/____ e necessita de mais ____ dia (s),
(____) para sua reabilitação;

☐ Acompanhou o Paciente: _____
no período de ____/____/____ à ____/____/____, neste Hospital;

CID-10 B420 OP M.O. 14

Serra Talhada-PE, 15 de 06 2018

Atenciosamente;

Médico/CRM



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que: José Reginaldo dos Santos

Profissão: _____

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

☒ Afastar-se do trabalho por 30^{os} dias contos

☐ Afastar-se das aulas por _____ dias

☐ Afastar-se da Educação Física por _____ dias

☐ É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade

☒ Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*

☐ Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.

Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico: Fratura do clavículo E

Procedimento: Aquiescência

CID 10: 542.0



20 de 05 de 20 18

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.961 SEOT 11.523



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 35.445.527/0001-04

Rua Padre Maciel, 266 – Centro – Quixaba-PE. CEP 56828-000 Fone n.º (87) 3854-8102 – E-mail: ssquixa@bol.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, e a quem interessar, que o Sr. **JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS**, portado do **CPF:755.372.734-20**, **RG:4.184.744** **SDS-PE**, residente na Rua Placido Pereira Nunes s/n. vítima de acidente automobilístico (Moto), ocorrido no dia 20/05/2018 na Rua Antônio Salvador de Araújo, s/n foi Transferido do local com a Ambulância Placa klt 2310 do Centro Médico Maria Alves dos Santos, localizado na cidade Quixaba-PE. e encaminhado ao Hospital Regional de Afogados da ingazeira,

Por ser expressão da verdade, firmo-me assinando abaixo,

Quixaba, em 21 de Maio de 2018.




Maria das Graças Miguel
DIRETORA
Mat. 866

CENTRO MÉDICO
MARIA ALVES DOS SANTOS
CNES: 2347652
QUIXABA-PE

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde de Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. R. E. C

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. R. E. C

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Jose Reinaldo dos Santos

10 - DATA DE NASCIMENTO

11/11/71

11 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Amélia do Socorro dos Santos

13 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Plácido Pereira Nunes

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caruaru - PE

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO

Paciente vítima de acidente automobilístico com dor no dorso, náusea, vômito, dor abdominal. Acidente ocorrido no dia 11/11/2018. Acolhido no Hospital R. E. C.

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

Dor lombar + Rx de Lombar

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Traumatismo torácico + fratura de costela

22 - CID 10 PRINCIPAL

T818

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO

Hemotórax + Fratura costal

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tomografia computadorizada de tórax

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04.12.04.01.7.4

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Francisco Gomes de Oliveira

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/05/2018

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

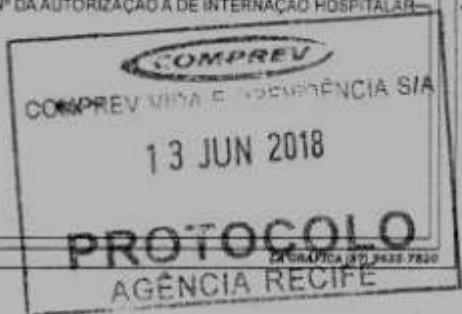
() CNS () CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 87.947
 Data 20/05/18
 Hora 12:00 hs

PACIENTE

Nome: José Reginaldo dos Santos Categoria: Sus
 Sexo: M Idade: M. 71 Cor: Estado Civil: DIVORCIADO
 Naturalidade: Paraná - PE Profissão: Guarda municipal
 Endereço: Rua Relâncio Pereira Nunes

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: Mãe do Socorro dos Santos Parentesco: mãe
 Endereço:
 Internado por Ordem de Ass. Médico - CRM

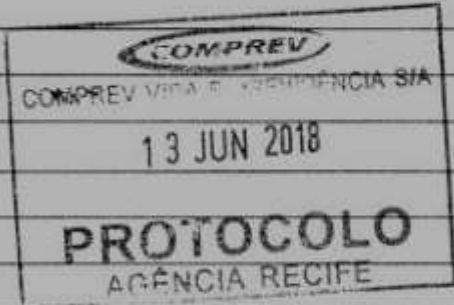
HOSPITAL REGIONAL DA CARMAR
 VER
 NOTIFICADO

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Hora do Atendimento Médico
 Pressão Arterial MX MN Pulso BPM
 Temperatura °C
 Queixa Principal

115.553.920/0010-241
 HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
 Av. Manoel Vespúcio Sobrinho, S/N, Jd. São José, 1301
 50.040-000 - Al. da Inocência

ATENÇÃO MÉDICA

História da Doença Atual
22/05/18 no 2170, (José)
regressou de (Paraná)
com queixa de dor
na região da clavícula esquerda
e no 2170



HOSPITAL REGIONAL DA CARMAR
 VER
 CONFERIDO

HOSPITAL REGIONAL DA CARMAR
 VER
 NOTIFICADO

17
 71
 46

UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

N.º do Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

DRENAGEM LIGADURA ESQUERDO FECHAMENTO

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
20/05/18						

Incisão em 22x5 SUB BAYCOLO
INTERIORE INCUINDO LIG. ESQUERDA
DE DRENAGEM 34, FIXAÇÃO
DO DRENHO COM NYLON 2-0. CERRADO

COMPREV
COMPREV VISA E SEGURANÇA SIA

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

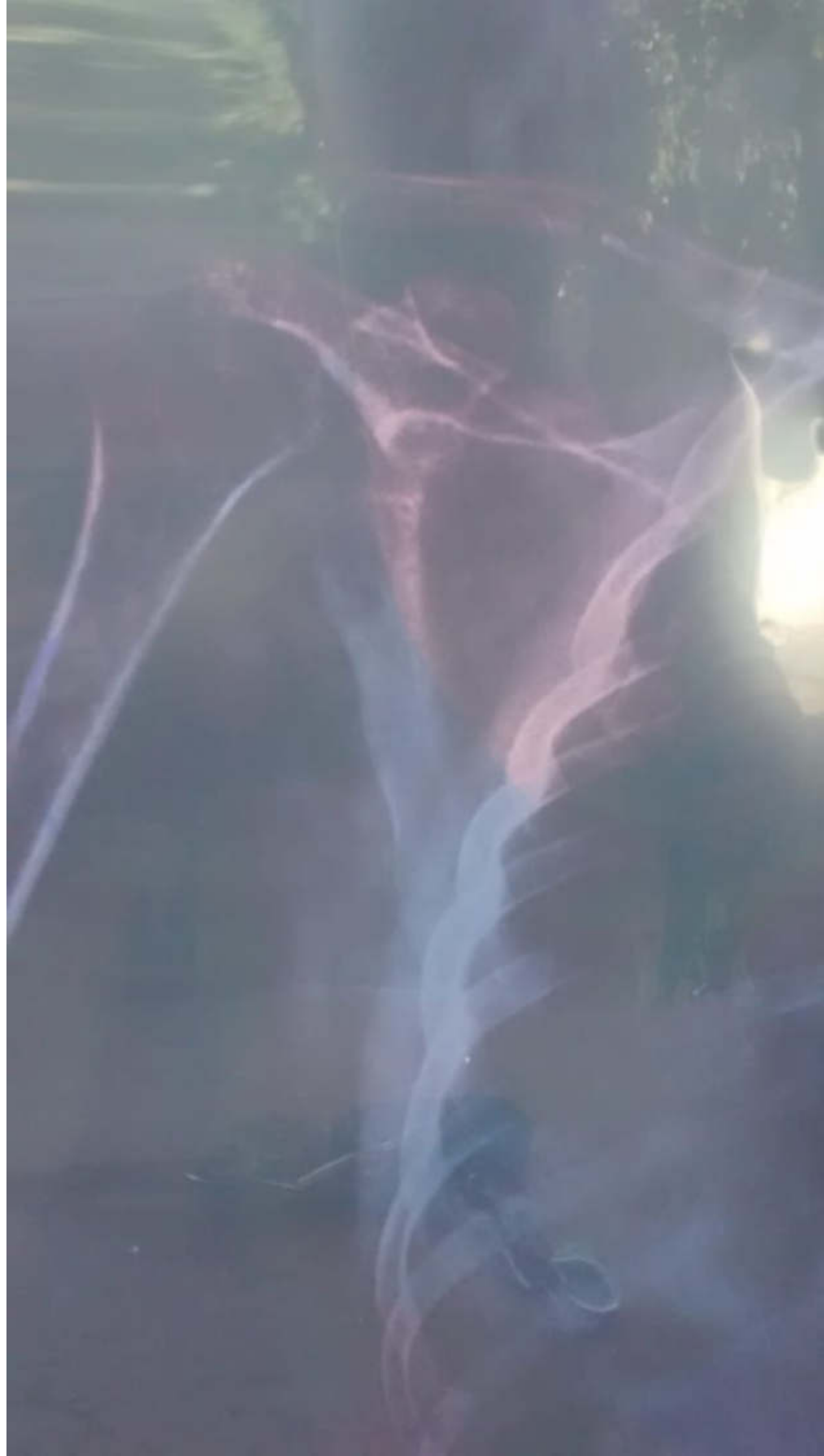
Confere [assinatura] Digital
719.683.920-26
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
Av. Manoel Virgílio Chaves, 1001-200
CEP: 55.000-000

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião

Dr. Francisco Gomes
Cirurgia Geral e Obstétrica
CREMEPE 6740



ATESTADO LAUDO
(AO M45)

Voz Reginaldo dos Santos
com 5 meses PT, submetido
a artroscopia de clavícula
bloqueio longo a 45°, após
manobra de D. Capricelli alguns
minutos CID: M75

gelado 03 (três) meses
em repouso / sem esforço
físico

30/10/2018

[Assinatura]

Consultas
Fraturas
Osteoporose
Artrite
Artrose
Bursite
Correção Postural
Dor Lombar (coluna)
Tendinite
Artroscopia do Joelho



HOSPITAL SÃO VICENTE

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 605
Centro - Fone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.260.543/0001-63

ATESTADO

Nome:

Jose Resimundo Santos

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

☐ Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;

☐ Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às ____ hr;

☒ Necessita de 120 dia(s) (Dois + Um) de
afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;

☐ Esteve Internado neste Hospital no período de ____/____/____ à
____/____/____ e necessita de mais ____ dia (s).
(____) para sua reabilitação;

☐ Acompanhou o Paciente: _____
no período de ____/____/____ à ____/____/____, neste Hospital;

CID-10

S420 OP 16.06.18

Serra Talhada-PE, 15 de 06 de 2018

Atenciosamente;

[Assinatura]
Médico/CRM



Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Fone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome:

Jose Reginaldo Santos

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

☐ Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;

☐ Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às ____ hr;

☒ Necessita de 120 dia(s) (Dois meses) de afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;

☐ Esteve internado neste Hospital no período de ____/____/____ à ____/____/____ e necessita de mais ____ dia (s),
(____) para sua reabilitação;

☐ Acompanhou o Paciente: _____
no período de ____/____/____ à ____/____/____, neste Hospital;

CID-10

B420

OP. M. de 15

Serra Talhada-PE, 15 de 06 2018

Atenciosamente;

Médico/CRM



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que: José Reginaldo dos Santos

Profissão: _____

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

☒ Afastar-se do trabalho por 30^{os} dias contos

☐ Afastar-se das aulas por _____ dias

☐ Afastar-se da Educação Física por _____ dias

☐ É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade

☒ Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*

☐ Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.

Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico: Fratura do clavículo E

Procedimento: Aquiescência

CID 10: 542.0



20 de 05 de 2018

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.941 - SEQ 11.523

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.184.744 DATA DE EMISSÃO 18/03/2015

NOME << JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS >>

LOCALIDADE << JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS >>
<< MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS >>

NATURALIDADE QUIXABA - PE DATA DE NASCIMENTO 11/11/1971

DIG. ORDEM << CC.170 L.B02 F.19V CART. QUIXABA-PE 29.09.1994 >>

CPF 755.372.734-20

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

4150219802061232136333994 F-65 78.033 - 3022

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

10 R-17

José Reginaldo dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.184.744 DATA DE EMISSÃO 18/03/2015

NOME << JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS >>

LOCALIDADE << JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS >>
<< MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS >>

NATURALIDADE QUIXABA - PE DATA DE NASCIMENTO 11/11/1971

SOC. ORDEM << CC.170 L.B02 F.19V CART. QUIXABA-PE 29.09.1994 >>

CPF 755.372.734-20

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

4150219802061232136333994 F-65 78.033 - 3022

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

10 R-17


 

José Reginaldo dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210199/18

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

CPF: 755.372.734-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS : 755.372.734-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/06/2018
Nome: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 755.372.734-20

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2018
Nome: EMERSON JOSE ALVES CARNEIRO FILHO
CPF: 120.911.224-83

EMERSON JOSE ALVES CARNEIRO FILHO



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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 CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

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

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

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 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 CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569530 **Cidade:** Quixabá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURA DE ARCO COSTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA, LMC E DRENAGEM DE TUMOR, FLEGMÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569530 **Cidade:** Quixabá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURA DE ARCO COSTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM DE TÓRAX FECHADA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS NÃO COMPROVAM PRESENÇA DE SEQUELA PERMANENTE.

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: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437663/18

Número do Sinistro: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

CPF: 755.372.734-20

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE REGINALDO DOS SANTOS : 755.372.734-20

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/12/2018
Nome: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF: 755.372.734-20

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437663/18

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

CPF: 755.372.734-20

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE REGINALDO DOS SANTOS : 755.372.734-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/12/2018
Nome: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF: 755.372.734-20

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE REGINALDO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180569530**.

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 13678592



Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 ASL

CPF da Vítima

755372734-20

Nome completo da vítima

Jose Reginaldo dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Reginaldo dos Santos		CPF titular da conta 755.372.734-20	Profissão Não Informa
Endereço Antônio Salvador de Araújo		Número 51	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Quixadá	Estado PE	CEP 56898000
Email		Telefone (DDD) (811) 9534.0574	

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\$ 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) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

- ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome		NRO	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0570		150906	9
(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.

Recife-PE, 13 de Junho de 2018
Local e Data

Jose Reginaldo dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agência : 32301367-AC DARNHEIM
Terminal: 32311601 Ed. Trx : 365413
Nro Aut : 102049 Caixa : 85067520
Data : 16/05/2018 Hora : 10:20
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757801323 000073

EXTRATO DE POUANÇA PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUANÇA DURA

RENDIMENTO:

SELIC Igual menor que 9,5% A.A. TRÍZUS da SELIC
SELIC maior que 9,5% A.A. TRÍZUS da SELIC

AGÊNCIA: 05/0-1 CONTA: 15-905-9 VAR: 51
CLIENTE: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

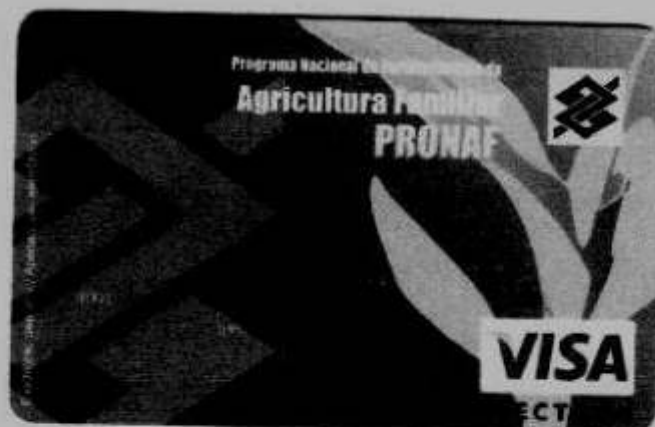
DATA	DT. BS.	HESTEREIA	VALOR
Maio/2018			
0905		Saldo ant.	0,640
1105	11	TRANSF. CRED	1.065,000
S A L D O			1.065,640
VAL. BLOQUEADO			0,000
DISPONIVEL			1.065,640

SALDOS POR DIA BASE

11	1.065,00	16	0,28
19	0,36		

Poupança premia clientes BB.

Saiba mais em www.bb.com.br/poupancapremiada



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 ASL

3180270040

CPF da Vítima

755.372.734-20

Nome completo da vítima

Jose Reginaldo dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Reginaldo dos Santos		CPF titular da conta 755.372.734-20	Profissão
Endereço Rua Antonio Salvador de Araujo		Número 23	Complemento CASA
Bairro Centro	Cidade QUIXABA	Estado PE	CEP 56828.000
Email		Telefone (DDD) (83) 9 8540 6931	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA NRO. 0570 (Informar dígito se existir)	D/V []	CONTA NRO. 15906 (Informar dígito se existir)	D/V 9
---	------------	--	----------

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.

Recife PE, 04 de Julho de 2018
Local e Data

*Jose Reginaldo dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agência 32301367-AC CARNAÍBA
Terminal 32313601 Id. Trx 391144
Nro Aut 082301 Caixa 85067520
Data 21/06/2018 Hora : 08:23
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757601323 000041

EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
POUPANÇA OURO

RENDIMENTOS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A. TR+0,5% A.M

AGÊNCIA 0570-3 CONTA: 15.906-9 VAR: 51
CLIENTE JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DATA	DE BS HISTÓRICO	VALOR
14/06	Saldo ant.	1.062,44C

NÃO HA LANÇAMENTOS NO PERÍODO

SALDO	1.062,44C
VER. BLOQUEIO	0,00D
DISPONÍVEL	1.062,44C

SALDOS POR DIA BASE

13 1.062,44

Poupança premia clientes BB
Saiba mais em www.bb.com.br/poupancapremiada



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 ASL

3180270040

CPF da Vítima

755.372.734-20

Nome completo da vítima

Jose Reginaldo dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Reginaldo dos Santos		CPF titular da conta 755.372.734-20	Profissão
Endereço Rua Antonio Salvador de Araujo		Número 23	Complemento CASA
Bairro Centro	Cidade QUIXABA	Estado PE	CEP 56828.000
Email		Telefone (DDD) (83) 9 8540 6931	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 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
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0570 D/V <input type="checkbox"/> CONTA NRO. 15906 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (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.

Recife PE, 04 de Julho de 2018
Local e Data

*Jose Reginaldo dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agência 32301367-AC CARNAÍBA
Terminal 32313601 Id. Trx 391144
Nro Aut 082301 Caixa 85067520
Data 21/06/2018 Hora : 08:23
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757601323 000041

EXTRATO DE POUANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUPANCA DIUR

RENDIMENTOS:

SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A. TR+0,5% A.M

AGENCIA: 0570-3 CONTA: 15.906-9 VAR: 51
CLIENTE: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DATA	DT. BS	HISTORICO	VALOR
1406	21/06/2018	Saldo ant.	1.062,44C

NÃO HA LANÇAMENTOS NO PERIODO

SALDO	1.062,44C
VER. BLOQUEIO	0,00D
DISPONIVEL	1.062,44C

SALDOS POR DIA BASE

13 1.062,44

Poupança premia clientes BB
Saiba mais em www.bb.com.br/poupancapremiada





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIXABA - DP185ªCIRC DINTER2/D1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0275000124

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/06/2018 às 15:39

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 20/5/2018 no período da Tarde

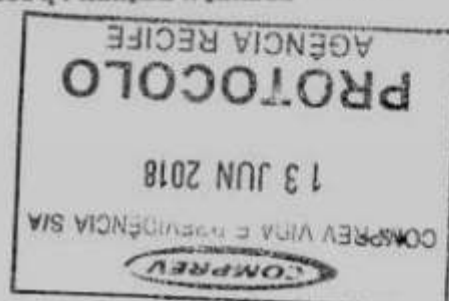
Fato ocorrido no endereço: RUA ANTONIO SALVADOR DE ARAUJO, 6601, PRÓXIMO A IGREJA - Bairro: CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTROS (AUTOP. AGENTE)
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE REGINALDO DOS SANTOS



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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS - Pai: JOSE AUGUSTO DOS SANTOS - Data de Nascimento: 11/11/1974 - Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: RUA MUNICÍPIO DE QUIXABA, 105, RUA PLACIDO PEREIRA NUNES, PRÓXIMO A CRECHE - CEP: - Bairro: - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL

OUTROS - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE REGINALDO DOS SANTOS, que estava em posse do(a)

Sr(a): JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 150 Objeto apreendido: NÃO

Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE)

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE REGINALDO DOS SANTOS RELATA QUE NO DIA DO FATO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA, ANO 2010, MOD 2010, COR PRETA, PLACA PFC0108, CHASSI 0C3KC1828AR058554, RENAVAM 267843788, VINDA DIREÇÃO LAGOA DE CRUZ PARA QUIXABA QUANDO NO INTUÍTO DE DESVIAR-SE DE UM MOTORISTA QUE VINHA NA DIREÇÃO OPÓSTA EM ALTA VELOCIDADE O SENHOR JOSE COLIDIU SUA MOTO EM UMA ARVORE, OCASIÃO EM

Serventia Registral o Notarial
de Orixaba

Rua José Pereira dos Anjos 160 Centro

CEP: 56.828-000

05/06/2018

Boletim de Ocorrência

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

Jose Reginaldo dos Santos

JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS

(VITIMA)

B.O. registrado por: VICENTE TEOTÔNIO DO NASCIMENTO - Matrícula: 221126-2

PP 301204 000 2018 1 116 11
228 035-11



Reconheço a presente firma por autenticidade de José Reginaldo dos Santos Data: 05/06/2018. Doc. PE. Tabelas: R\$10,00 FISCAL: R\$0,40 ITR: R\$0,20 TOTAL: R\$ 4,79

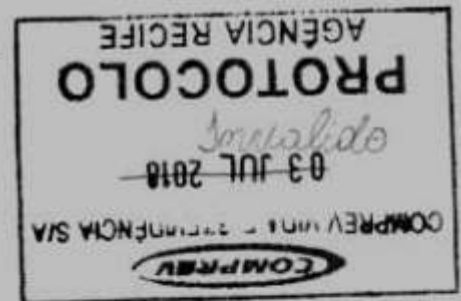
SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OXIRABA
TITULAR: ERIKA NABEL PISCHOCKI WANDERLEY
Telefone: (51) 98880-7395



03/07/2018



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIXABA - DP185ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0275000124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **15:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **20/5/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANTONIO SALVADOR DE ARAUJO, 0001, PROXIMO A IGREJA** - Bairro:
CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTROS (AUTOR AGENTE)
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (VITIMA)



Vicente Teotônio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE REGINALDO DOS SANTOS

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS** Pai: **JOSE AUGUSTO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **11/11/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE QUIXABA, 165, RUA PLACIDO PEREIRA NUNES, PRÓXIMO A CRECHE - CEP: - Bairro: - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE REGINALDO DOS SANTOS RELATA QUE NO DIA DO FATO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA, ANO 2010, MOD 2010, COR PRETA, PLACA PFC9109, CHASI 9C2KC1620AR058651, RENAVAM 257043780, VINHA DIREÇÃO LAGOA DA CRUZ PARA QUIXABA QUANDO NO INTUITO DE DESVIAR-SE DE UM MOTORISTA QUE VINHA NA DIREÇÃO OPOSTA EM ALTA VELOCIDADE O SENHOR JOSE COLIDIU SUA MOTO EM UMA ARVORE, OCASIÃO EM QUE SOFREU DIVERSOS FERIMENTOS.

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

Jose Reginaldo dos Santos
JOSE REGINALDO DOS SANTOS
(VITIMA)

Vicente Teotônio do Nascimento
Vicente Teotônio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

B.O. registrado por: **VICENTE TEOTONIO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **221126-2**

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE QUIXABA

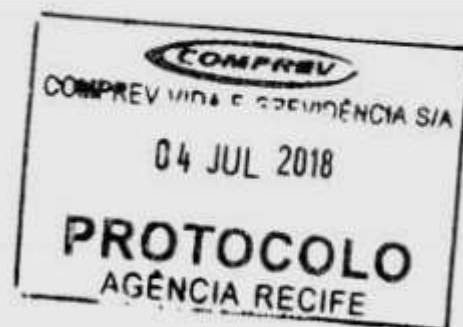
Titular: SYTHIA NASEL FIECHOCKI WANDERLEY

Telefone: (81) 98880-7285

RECONHEÇO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE: JOSÉ REGINALDO SANTOS. Dou fé EM TEST^o DA VERDADE QUIXABA-PE, 03 de julho de 2018. Tabelião Público Emolumentos R\$-3,39-TSNR R\$-0,80-FERC R\$-0,40-ISS-0,20-Total R\$-4,79

Selo: 0159996.SPW03201802.00790 03/07/2018 16:03:42
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sebedigital

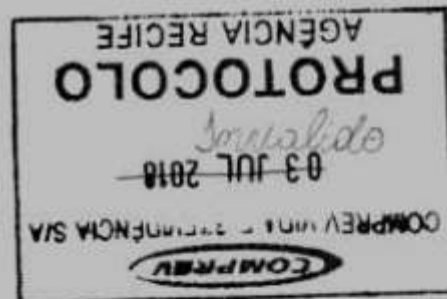
129.246.903/0001-39
Serventia Registral e Notarial
de Quixaba
Rua José Pereira dos Anjos, 460 Centro
CEP- 56.828-000-QUIXABA PE



03/07/2018



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIXABA - DP185ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0275000124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **15:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **20/5/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANTONIO SALVADOR DE ARAUJO, 0001, PROXIMO A IGREJA** - Bairro:

CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTROS (AUTOR AGENTE)

JOSE REGINALDO DOS SANTOS (VITIMA)

Vicente Teotônio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE REGINALDO DOS SANTOS

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS** Pai: **JOSE AUGUSTO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **11/11/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE QUIXABA, 165, RUA PLACIDO PEREIRA NUNES, PRÓXIMO A CRECHE - CEP: - Bairro: - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE REGINALDO DOS SANTOS RELATA QUE NO DIA DO FATO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA, ANO 2010, MOD 2010, COR PRETA, PLACA PFC9109, CHASI 9C2KC1620AR058651, RENAVAL 257043780, VINHA DIREÇÃO LAGOA DA CRUZ PARA QUIXABA QUANDO NO INTUITO DE DESVIAR-SE DE UM MOTORISTA QUE VINHA NA DIREÇÃO OPOSTA EM ALTA VELOCIDADE O SENHOR JOSE COLIDIU SUA MOTO EM UMA ARVORE, OCASIÃO EM QUE SOFREU DIVERSOS FERIMENTOS.

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

Jose Reginaldo dos Santos
JOSE REGINALDO DOS SANTOS
(VITIMA)

Vicente Teotônio do Nascimento
Vicente Teotônio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

B.O. registrado por: **VICENTE TEOTONIO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **221126-2**

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE QUIXABA

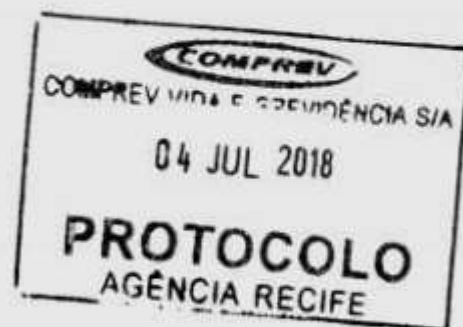
Titular: SYTHIA NASEL FIECHOCKI WANDERLEY

Telefone: (81) 98880-7295

RECONHEÇO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE: JOSÉ REGINALDO SANTOS. Dou fé EM TEST^o DA VERDADE QUIXABA-PE, 03 de julho de 2018. Tabelião Público Emolumentos R\$-3,39-TSNR R\$-0,80-FERC R\$-0,40-ISS-0,20-Total R\$-4,79

Selo: 0159996.SPW03201802.00790 03/07/2018 16:03:42
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sebedigital

129.246.903/0001-39
Serventia Registral e Notarial
de Quixaba
Rua José Pereira dos Anjos, 460 Centro
CEP- 56.828-000-QUIXABA PE



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 <u>Jose Reginaldo dos Santos</u>	CPF da Vítima <u>755.372.734-20</u>	Data do Acidente <u>20-05-2018</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <u>(81)</u> <u>9534.0574</u>

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 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

concordância com a futura avaliação
COMPREV
COMPREV VIDA E INDEVIDÊNCIA S/A
13 JUN 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Recife - PE, 13 de junho de 2018
Local e Data

*Jose Reginaldo 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 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

Jose Reginaldo dos Santos

CPF da Vítima

755.372.734-20

Data do Acidente

20-05-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD) (81)

9534.0574

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 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

concordância com a futura avaliação
COMPREV
COMPREV VIDA E INDEVIDÊNCIA S/A

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Recife - PE, 13 de junho de 2018
Local e Data

*Jose Reginaldo dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
VER
NOTIFICADO

Acidente: colisão em oblique P10

SUS		Unidade: <u>HRUT/Tricentenário</u>		Data: <u>20/05/2018</u>	
PACIENTE	Nome: <u>José Reginaldo dos Santos</u>				Nº da Ocorrência: <u>(323)</u>
	Residência: <u>Rua Pracinha Pereira Nunes / Centro / Muxatã - PO</u>				Telefone: _____
RESPONSÁVEL	Nome: <u>Mãe: Maria do Socorro dos Santos</u>				Telefone: _____
	Residência: _____				Telefone: _____
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		<u>Grande Municipal</u>	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	<u>14</u> <u>11</u> <u>1973</u>	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF
					DOCUMENTO DE IDENTIDADE
					NÚMERO: <u>4184744</u>
					ÓRGÃO EMISSOR: <u>SDS-PE</u>
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA	
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		SAIDA		CHEGADA	
		CHEGADA		SAIDA: <u>19:42</u>	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		
MÁX.: <u>120</u>		MIN.: <u>90</u>	AXILAR: _____		
			RENAL: _____		
1 - Lesão Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas <u>Paciente vítima de acidente de moto em 21 horas.</u> <u>A - Via aérea permeável, sem coloração em face anterior.</u> <u>B - MV diminuído em HTA, com crepitações subcutâneas e crepitações no costado.</u> <u>C - Hm moderadamente estável, gradual sem crepitações, abdome não favelado.</u> <u>D - ECG: IS, isocórico, potássio.</u> <u>E - Fratura exposta em metacarpo, esquerda, com fratura de base e fêmur.</u>					
Exames Complementares					
<u>1 - RAX: 19 JUN 2018</u> <u>PROTÓCOLO AGÊNCIA SIF</u>					
Tratamento					
<u>01 SF 0,9% 1000ml CV</u> <u>02 Dipirona 0,15g + AN CV</u> <u>03 tramadol 50mg - 0,15g + SF 0,9% 1000ml CV</u> <u>04 Avaliação da circulação</u>					
Destino Dado ao Paciente					
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado					
Encaminhado					
Removido					
Obito às: <u>10:18:00 20/05/2018</u> Dia: <u>10/05/2018</u> Encaminhado ao: <u>HRUT/Tricentenário</u> <u>Assinatura: [assinatura] Carimbo: CRM / CRO</u>					
Impressão Diagnóstica: <u>Fratura 3ª costela no lado esquerdo com fratura da costela 12ª e fratura da costela 11ª</u> <u>Fratura da costela 12ª e fratura da costela 11ª</u> <u>Fratura da costela 12ª e fratura da costela 11ª</u> <u>Fratura da costela 12ª e fratura da costela 11ª</u>					
Licença Concedida					
<u>Dr. Francisco Gomes</u> <u>Assinatura: [assinatura] Carimbo: CRM / CRO</u>					

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
VER
NOTIFICADO

Acidente: colisão em oblique P10

SUS		Unidade: <u>HRUT/Tricentenário</u>		Data: <u>20/05/2018</u>	
PACIENTE	Nome: <u>José Reginaldo dos Santos</u>			Nº da Ocorrência: <u>(323)</u>	
	Residência: <u>Rua Pracinha Pereira Nunes / Centro / Muxatã - PO</u>			Telefone: _____	
RESPONSÁVEL	Nome: <u>Mãe: Maria do Socorro dos Santos</u>			Telefone: _____	
	Residência: _____			Telefone: _____	
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		<u>Grande Municipal</u>	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	<u>14/11/1973</u>	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF
					DOCUMENTO DE IDENTIDADE
					NÚMERO: <u>4184744</u>
					ÓRGÃO EMISSOR: <u>SDS-PE</u>
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA	
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		SAÍDA		CHEGADA	
				<u>19:42</u>	
		CHEGADA		SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares
MÁX.: <u>120</u>	MÍN.: <u>90</u>		AXILAR: _____	RENAL: _____	
1 - Lesão Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas Paciente vítima de acidente de moto em 21 horas. A - Via aérea permeável, sem obstrução em nenhuma região. B - MV diminuído em HTA, com crepitações subcutâneas e crepitações no costado. C - Hemi-tórax insensivelmente estável, gradual sem crepitações, abdo - não algo tenso. D - ECG: IS, isocórico, potássio. E - Fratura exposta em metacarpo, esquerda, esmovente, com fratura e fratura.					Tratamento 01 SF 0,9% 1000ml CV 02 Dipirona 0,15g + AN CV 03 tornadado sang - 0,15g + SF 0,9% 1000ml CV 04 Avaliação da circulação
Destino Dado ao Paciente <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado Encaminhado Removido					Impressão Diagnóstica Fratura 3ª costela no lado + pleurite hémorágica + fratura clavícula direita + fratura 10ª costela esquerda + fratura 11ª costela esquerda
Óbito às: <u>10:18:00 20/05/2018</u> HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO Dia: <u>Av. Manoel Virgílio Sobrinho, S/N - KM 01 PE 330, CEP - 48.000-000 - Ar. de Inocência - PE</u> Encaminhado ao: <u>com o original</u>					Licença Concedida Dr. Francisco Gomes Cirurgião Geral e Obstetra CREMEPE: 0740

PROTÓCOLO
NOTIFICADO
AGÊNCIA SIF

Dr. Hugo A. Rocha
CRM: 2002

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
CONFERIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE REGINHO DOS SANTOS

RG nº 4184744, data de expedição 11/11/1971 Órgão SDS

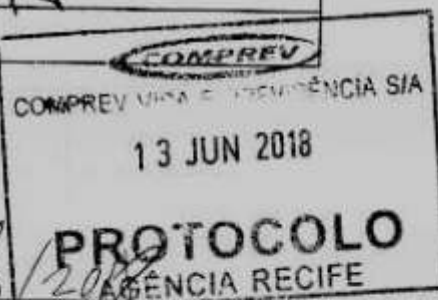
CPF nº 755372-734-20 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ANTÔNIO SALVADOR DE ARAÚJO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>Quixaba</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56828-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9534-0574</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Recife-PE 13/junho/2018



Assinatura do Declarante:

Jose Reginaldo dos Santos



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/06/02

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.922/0001-08 | Insc. Est. 5005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE REGINALDO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA DE LOURDES LIMA 23 - A

CPF: 755.372.734-20

BAIRRO NOVO JERUSALEM
OLINDA - PE
55029-000

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
01840388	UNICA	14/05/2018

APRESENTAÇÃO	NR DO CLIENTE	NR DA NOTIFICAÇÃO
14/05/2018	2003949058	5527487

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7027357142	05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA MEDIDA LETURA
21/05/2018	13/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	16,49

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30.0000000	0.53544249	16,08
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,13
Multa por atraso NF 012884388 - 12/04/18			0,28
Juros por atraso NF 012884388 - 12/04/18			0,01
TOTAL DA FATURA			16,49

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LITURA	ATUAL DATA	ATUAL LITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
317214608	Ord	12-04-2018	0,00	14-05-2018	7,00	32	1,00000	1,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			Fatura emitida em virtude de falta de pagamento de energia elétrica - Artigo 6º, Lei nº 4.302/02
Mês/Ano	Consumo (kWh)	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	
MAR 18	30				Fatura emitida em virtude de falta de pagamento de energia elétrica - Artigo 6º, Lei nº 4.302/02
ABR 18	30				
MAR 18	30				
FEV 18	30				
JAN 18	30				Fatura emitida em virtude de falta de pagamento de energia elétrica - Artigo 6º, Lei nº 4.302/02
DEZ 17	30				
NOV 17	30				
OUT 17	30				
SET 17	30				Fatura emitida em virtude de falta de pagamento de energia elétrica - Artigo 6º, Lei nº 4.302/02
AGO 17	30				
Jul 17	30				
JUN 17	30				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 25/04, tarifa com desconto médio de 9,47% para a Tarifa Social e 30% para a Tarifa Social 2018. Na data de emissão da fatura, a tarifa vigente é a Tarifa Social. Para informações sobre o desconto, consulte o site da CELPE ou a Central de Atendimento ao Cliente (11) 2003-9490.

A fatura é emitida quando há consumo de energia elétrica no mês de vencimento. No caso de falta de pagamento de energia elétrica, a fatura é emitida em virtude de falta de pagamento de energia elétrica.

Não é necessário pagar a taxa de emissão da fatura. A taxa de emissão da fatura é cobrada em virtude de falta de pagamento de energia elétrica.

A fatura é emitida em virtude de falta de pagamento de energia elétrica. A taxa de emissão da fatura é cobrada em virtude de falta de pagamento de energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

COMPREV

COMPREV VISA E INTERFERÊNCIA S/A

13 JUN 2018

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE