



Número: **0019625-85.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSLAEL NORONHA DE OLIVEIRA (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64293 931	07/07/2020 15:16	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110354/20

Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

CPF: 103.045.134-66

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/01/2020

Titular do CPF: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ROSAEL NORONHA DE OLIVEIRA : 103.045.134-66

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 07/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 07/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141479 Cidade: Santa Cruz do Capibaribe Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA Data do acidente: 07/01/2020 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 4_LAUDO MÉDICO / PÁG. 5/6_EXAME DE IMAGEM.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141479 Cidade: Santa Cruz do Capibaribe Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA Data do acidente: 07/01/2020 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 4_LAUDO MÉDICO / PÁG. 5/6_EXAME DE IMAGEM.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO QUE, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, E APRESENTAR AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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- ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR

IDENTIDADE: RG- 8847747 SDS/PE CPF:103.045.134-66

DATA DO ACIDENTE:07/01/2020

COBERTURA : INVALIDEZ

VÍTIMA: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

ENDEREÇO: RUA – QD-A , Nº 91, LOTTO- ARMANDO

ALEIXO,SANTA CRUZ DO CABIBARIBE -PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR

IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04

ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO –
SANTA CRUZ DO CABIBARIBE (PE).

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

SANTA CRUZ DO CABIBARIBE (PE), 30 DE JANEIRO DE 2020.



x Rosiael Noronha de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO Tabelão: ISAAC AECIO FREITAS MIRANDA
Av. Rio Sineido Andrade, 176 - Centro
Santa Cruz do Cabibaribe, PE - CEP: 54137-310

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: (1)Rosiael...
Noronha de Oliveira , D.O.C. de Santa Cruz do Cabibaribe.
06/01/2020, 10:57 - Total: 5,06. Em Testemunho.....
de verdade.....
Jaqueline Lima da Silva Souza - Escrivente.....
Selos(s) 2159467 LAJ12201902.01220



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110354/20

Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

CPF: 103.045.134-66

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/01/2020

Titular do CPF: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ROSAEL NORONHA DE OLIVEIRA : 103.045.134-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 07/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 07/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos





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

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200141479 Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/01/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15690740



Cap. 00475/00476 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 15:16:29
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715162911100000063105477>
Número do documento: 20070715162911100000063105477

Num. 64203031 Pág. 8



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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200141479 Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004758

Conta: 0000013516-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: ROSIEL NORONHA DE OLIVEIRA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	ROSIEL NORONHA DE OLIVEIRA		6 - CPF:	103.045.134-66
7 - Profissão: REC JOE	8 - Endereço: RUA AD-A	9 - Número: 01	10 - Complemento: CASA	
11 - Bairro: ARMANDO ALIXO	12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55190-000	15 - Tel.(DDD): 81-99300-1998
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).				
19 - Profissão do Representante Legal:				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sumeiro para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (361) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 4758 CONTA: 13516 4 Informar o dígito se existir Informar o dígito se existir				
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGENCIA: _____ CONTA: _____ Informar o dígito se existir Informar o dígito se existir				
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo-o como, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE <input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <p>Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.</p>				
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data da morte da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima 25 - Vítima deixou comparsa(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou comparsa(s), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (irmãos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima deve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte ônus beneficiários que se apresentarem, e provavelmente esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)				
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				
40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 10/10/2020 X Rosiel Noronha de Oliveira 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) FPS.001 V002/2019				
43 - Assinatura do Procurador (se houver)				



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0218000347**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/01/2020** às **16:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **1/1/2020** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAIBARIBE, 1, PE-160, NAS IMEDIACOES DA ENTRADA DE "MARIA CAPUCHU"...** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE AMARO DA SILVA (OUTRO)
ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

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

ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES OLIVEIRA** Pai: **FRANCISCO NORONHA FILHO** Data de Nascimento: **9/9/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8847747/SDS/PE (RG), 10304513466 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 989243399**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAIBARIBE, 1, RUA DO AMOR, 49, JAÇANÃ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**



JOSE AMARO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE AMARO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **NJ04124** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **889449953** Chassi: **9C2JC30706R893891**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA EM SUAS DECLARAÇÕES AFIRMA QUE NO DIA 07 DE JANEIRO DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS 20:00 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DO SEU CUNHADO E QUANDO ESTAVA VOLTANDO DE UMA FESTA EM DIREÇÃO DA SUA CASA, PELA RODOVIA PE-160, E NAS IMEDIACOES DA CURVA DA ENTRADA DE "MARIA CAPUCHU", UM CACHORRO ATRAVESSOU NA SUA FRENT, FAZENDO COM QUE A VITIMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIRAM NO ASFALTO, FICANDO FERIDO NO PÉ ESQUERDO , SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA
ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**



28/01/2020 15:18

0 de 2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: ROSIEL NORONHA DE OLIVEIRA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	ROSIEL NORONHA DE OLIVEIRA		6 - CPF:	103.045.134-66
7 - Profissão: REC JOE	8 - Endereço: RUA AD-A	9 - Número: 01	10 - Complemento: CASA	
11 - Bairro: ARMANDO ALIXO	12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55190-000	15 - Tel.(DDD): 81-99300-1998
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).				
19 - Profissão do Representante Legal:				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00 <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sumeiro para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (361) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 4758 CONTA: 13516 DIGITO: 4				
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____				
Informar o dígito se existir: _____ (Informar o dígito se existir) : _____				
Informar o dígito se existir: _____ (Informar o dígito se existir) : _____				
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo-o como, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <p>Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às cintas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.</p> <p>Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.</p>				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente
24 - Data de óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou comparsa(s):			
27 - Se a vítima deixou comparsa(s), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos? Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros (irmãos)? Sim	31 - Vítima teve irmãos? Sim	32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima teve pais/avós vivos? Sim				
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte ônus beneficiários que se apresentarem, e provavelmente esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)			
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				
40 - Local e Data: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 10/10/2020 X Rosiel Noronha de Oliveira				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) FPS.001 V002/2019				
43 - Assinatura do Procurador (se houver)				

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 000000013516-4

Nr. da Autenticação 4BC2693487AAC0B9



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 15:16:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715162911100000063105477>
Número do documento: 20070715162911100000063105477

Num. 64293931 - Pág. 14

Termo Socio de Energia Elétrica - Edital nº 10.438, de 26/04/02

CELPE

Companhia Energética do Pernambuco
Av. José de Freitas, 1111 - Boa Vista, Recife - PE - CEP 51015-002
CNPJ 10.037.012/0001-20 | Fone: (81) 3210-0000 | E-mail: www.cefelpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
RJ21MARACONHA DSC 01, N°2704
CPF: 051.919.524-62 NIS: 76585226549

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
GD A.B.

CLASSIFICAÇÃO
EX: RESIDENCIAL
BAIA PERMANECAIS
Morada:

LICITACIÓN
SANTO ARMANDO/ALEX/SANTA CRUZ DO
SANTO CRUZ DO CAPIBARIBE PE
56190-000

062079103	F. Unida	130/02/2020
1ME/2020	2020715656	24/02/2020

Consumo-TUSD ate 30 kWh	QUANTIDADE	PRECO IED	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh	80.000000	0,13549742	0,00
Consumo-TUSD superior a 100 ate 220 kWh	70.000000	0,28866700	0,87
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	70.000000	1,35049202	94,53
Consumo-TUSD superior a 100 ate 220 kWh	80.000000	0,13549742	0,00
Consumo-TUSD superior a 100 ate 220 kWh	70.000000	0,13549742	0,00
Aerossamo Bandeira AMARELA	70.000000	0,32766082	22,80
Carro Árv. Pública Municipal			2,20
ICMS Subvenção-CDE-NF 19446997-12/11/19			15,72
ICMS Subvenção 25% Renda			0,00
PRD-ORDEM 04-DE/12-5890-0021-021-4839			1,18
			1,50

TOTAL DA FATURA:

ITEM	TIPO DE MOVIMENTA-	DATA	VALORES	LEITURA	Nº DE CONSUMANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
	001	19/02/2020	11-01-2020	13-02-20	26	1.00000	170,00

Mês	Ano	Consumo (kWh)	Preço médio (R\$)	Total (R\$)
JAN	170	100,00	0,13549742	13,55
FEB	200	100,00	0,13549742	13,55
MAR	200	100,00	0,13549742	13,55
ABR	167	100,00	0,13549742	13,55
MAY	192	100,00	0,13549742	13,55
JUN	192	100,00	0,13549742	13,55
JUL	192	100,00	0,13549742	13,55
AGO	192	100,00	0,13549742	13,55
SETE	192	100,00	0,13549742	13,55
OUT	192	100,00	0,13549742	13,55
NOV	192	100,00	0,13549742	13,55
DEZ	192	100,00	0,13549742	13,55

DETALHAMENTO DA FATURA:
Consumo-TUSD superior a 100 ate 220 kWh
Preço médio (R\$): 0,13549742




CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50.151-902
CNPJ 13.035.932/0001-01 | Insc. Est. 0005943-03 | www.caep.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

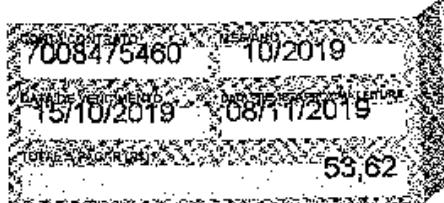
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RODRIGO ALVES RODRIGUES

CPF: 945.254.444-04

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PR
55192-305CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL: 07008475460 | DATA DE EMISSÃO: 07/10/2019



APRESENTAÇÃO: UNICA | DATA DE EMISSÃO: 07/10/2019 | 2011-BB008 | 3423032

DESCRIÇÃO DA FAZENDA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		59.0000000	0,91059362	53,62
Acréscimo Bandeira AMARELA				0,90
Acréscimo Bandeira VERMELHA				2,62
Conrib. P. Município				2,07
ICMS Suavização-CDE-NF 072300654-06/08/18				0,80

TOTAL DA FATURA

53,62

DEMONSTRAÇÃO DE CONSUMO DESTINADA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA ANTERIOR 05/09/2019	LEITURA 252,00	DATA ATUAL 08/10/2019	LEITURA 311,00	Nº DE DIAS 33	CONSTANTE 1,07003	AJUSTE	CONSUMO (kWh) 59,00
3180297771									

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de energia elétrica

Consumo de energia elétrica

Importação de energia elétrica

Exportação de energia elétrica

Consumo de energia elétrica

Importação de energia elétrica

Consumo de energia elétrica



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 227206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Yves de Almeida Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosângela Noronha de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o N° 103.045.134-66, do sinistro de DPVAT cobertura Senvaldez, da Vítima Rosângela Noronha de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o N° 103.045.134-66, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Rosemira Alves da Rocha</u>	Número	<u>03</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Santa Cruz do Capibaribe</u>	Estado	<u>PE</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	<u>81-99900-1938</u>	CEP	<u>55192-305</u>
		Telefone celular (DDD)			<u>81-99161-3907</u>

Santa Cruz, 10 de Fevereiro de 2020
Local e Data

Antônio Yves de Almeida Fernandes
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **ROSAEL NORONHA DE OLIVEIRA** nascido em 09/09/1991 esteve nesta unidade hospitalar no dia 07/01/2020 por volta das **20h28min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 23 de JANEIRO de 2020.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com



SALA AMARELA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CABIBARIPE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CABIBARIPE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0304441 07/01/2020 20:28:18

Código: 0081087

Paciente: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

SUS: 706206003175267

Sexo: M D. Nasc.: 09/09/1891

Idade: 27 ANOS

RG:

CPF:

Profissão: OUTROS

Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO NORONHA FILHO

Endereço: R= DO AMOR

Cidade: SANTA CRUZ DO CABIBARIPE

Bairro: JACANÁ

Fone: 9 85906416

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Pressão Arterial: 140 x 10

P脉搏: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual: *Doenças crônicas: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, apneia do sono, obesidade, colesterol alto.*

Zeito 6 dias após queda de moto

Exame Físico:

CÓPIA AUTORIZADA

Med. Mello
Justificativa de liberação
Data: 07/01/2020

Conduta:

*Voltar em 3 dias.
Rx tornozelo F1 P E*

20:59h Rx preservando ferura

Liberação do Paciente: Data: 07/01/2020 Hora: 20:59

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

*Dr. Antônio Yves Cordeiro de Melo Jr.
MABR 5855278*

Assinatura





NOME: Casimiro Noronha do Nascimento

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Vim de brinque (S) CID-10: R42, foi

submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

10/11/20. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros,

06/02/20

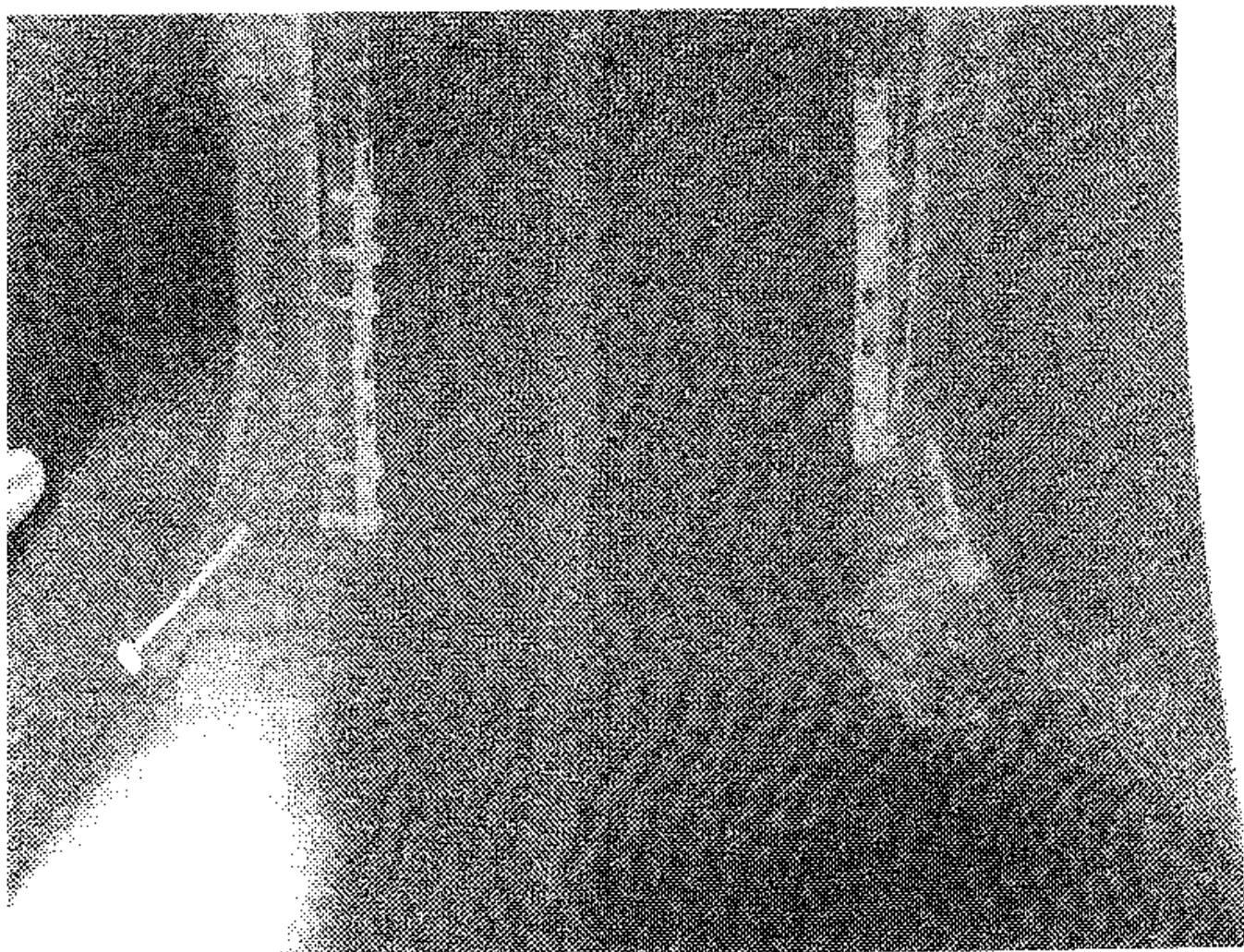
DR. [illegible]
[illegible]





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 15:16:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715162911100000063105477>
Número do documento: 20070715162911100000063105477

Num. 64293931 - Pág. 22



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 15:16:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715162911100000063105477>
Número do documento: 20070715162911100000063105477

Num. 64293931 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 15:16:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715162911100000063105477>
Número do documento: 20070715162911100000063105477

Num. 64293931 - Pág. 24