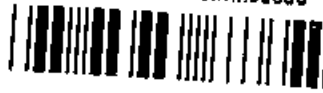
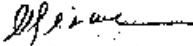


Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOV. DO ESTADO DE PERNAMBUCO DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA			
NOME EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES			
	DOC. IDENTIDADE FÓTO. EMISSOR IN 3092028 SSP PE		
	CPF 574.940.534-60	DATA NASCIMENTO 04/06/1968	
	FILIAÇÃO AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA SOBRINHO DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES		
	PERMISSÃO AD	ACC AD	CAT. HAB. AD
Nº REGISTRO 01410781206		VALIDADE 15/12/2020	1ª EMISSÃO 25/09/1986
OBSERVAÇÕES A			
ASSINATURA DO PORTADOR 			
LOCAL SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE		DATA EMISSÃO 16/12/2015	
ASSINATURA DO EMISSOR 		47587078291 PE070298467	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO			

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1219484604

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

ANUANA SEGUROS
31 JAN 2018



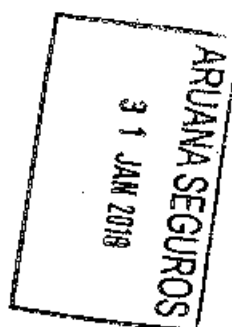
Documentação médico - hospital

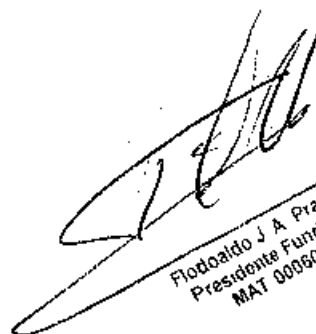


DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito, que o **Sr. Jonas Ravel Oliveira Santos**, nascido 13 de outubro de 1995, deu entrada neste hospital no dia 24 de novembro de 2017 em caráter de urgência vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo Ficha Ambulatorial nº 294.141. conforme xerox em anexo. Em seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste-Caruaru/PE Sob Senha:5305246.

Taquaritinga do Norte, 01 de dezembro de 2017.




Rodolfo J. A. Prates
Presidente Fundata
MAT 000602

FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQ. DO NORTE HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR		ATEND. Nº: <u>294 747</u> DATA: <u>24/11/17</u> HORA: <u>13:10</u>
Unidade de Saúde: HOSPITALAR GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA		

PACIENTE			
Nome: <u>Depa Ravel Oliveira Santos</u>	Categoria: <u>Sur</u>		
Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>22</u>	Cor: <u>B</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Naturalidade: <u>PE</u>	Data de Nascimento <u>13/10/1995</u>		
Endereço: <u>6 Brasil, 167</u>			
Procedência: <u>Casa do Monte</u>			

RESPONSÁVEL	
Pessoa de quem depende: _____	Parentesco: _____
Endereço: _____	
Trazido por: _____	
Endereço: _____	

OCORRÊNCIA	
Local do Acidente: _____	Data: ____/____/____ Hora: _____
Natureza do Acidente:	☐ Casual ☐ Queda ☐ Acid. no Trabalho ☐ Acid. no Trânsito ☐ Intoxicação ☐ Agressão ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Outras Causas

Lenina
 RECEPCIONISTA

Quanto ligou
 Hm
 530 5746.

ATENÇÃO MÉDICA			
Atendimento: ☐ Clínico ☒ Cirúrgico	Hora do Atendimento Médico		
Pressão Arterial	MX <u>110</u> MN <u>60</u>	Pulso	BPM
Temperatura °C	<u>37,5</u>	Peso	
Queixa Principal e HDA			
Ref. fratura de pé. Sinais: vermelhidão e edema local - comissuras abertas - imobilizado com gesso (gesso? imobilizado?) com curativos e bandagens, e pontos fechados de drenagem (A) Sutura simples, curativo, curativo. (B) foleto de drenagem, (C) foleto de drenagem Sutura simples, curativo, curativo. (D) foleto de drenagem, curativo, curativo. (E) foleto de drenagem, curativo, curativo. (F) foleto de drenagem, curativo, curativo. (G) foleto de drenagem, curativo, curativo. (H) foleto de drenagem, curativo, curativo. (I) foleto de drenagem, curativo, curativo. (J) foleto de drenagem, curativo, curativo. (K) foleto de drenagem, curativo, curativo. (L) foleto de drenagem, curativo, curativo. (M) foleto de drenagem, curativo, curativo. (N) foleto de drenagem, curativo, curativo. (O) foleto de drenagem, curativo, curativo. (P) foleto de drenagem, curativo, curativo. (Q) foleto de drenagem, curativo, curativo. (R) foleto de drenagem, curativo, curativo. (S) foleto de drenagem, curativo, curativo. (T) foleto de drenagem, curativo, curativo. (U) foleto de drenagem, curativo, curativo. (V) foleto de drenagem, curativo, curativo. (W) foleto de drenagem, curativo, curativo. (X) foleto de drenagem, curativo, curativo. (Y) foleto de drenagem, curativo, curativo. (Z) foleto de drenagem, curativo, curativo.			
Exame Físico: <u>do pé</u>			
1. Sinais de fratura de pé. Sinais: vermelhidão e edema local - comissuras abertas - imobilizado com gesso (gesso? imobilizado?) com curativos e bandagens, e pontos fechados de drenagem (A) Sutura simples, curativo, curativo. (B) foleto de drenagem, (C) foleto de drenagem Sutura simples, curativo, curativo. (D) foleto de drenagem, curativo, curativo. (E) foleto de drenagem, curativo, curativo. (F) foleto de drenagem, curativo, curativo. (G) foleto de drenagem, curativo, curativo. (H) foleto de drenagem, curativo, curativo. (I) foleto de drenagem, curativo, curativo. (J) foleto de drenagem, curativo, curativo. (K) foleto de drenagem, curativo, curativo. (L) foleto de drenagem, curativo, curativo. (M) foleto de drenagem, curativo, curativo. (N) foleto de drenagem, curativo, curativo. (O) foleto de drenagem, curativo, curativo. (P) foleto de drenagem, curativo, curativo. (Q) foleto de drenagem, curativo, curativo. (R) foleto de drenagem, curativo, curativo. (S) foleto de drenagem, curativo, curativo. (T) foleto de drenagem, curativo, curativo. (U) foleto de drenagem, curativo, curativo. (V) foleto de drenagem, curativo, curativo. (W) foleto de drenagem, curativo, curativo. (X) foleto de drenagem, curativo, curativo. (Y) foleto de drenagem, curativo, curativo. (Z) foleto de drenagem, curativo, curativo.			
Hipótese Diagnóstica			
1. Sinais de fratura de pé. Sinais: vermelhidão e edema local - comissuras abertas - imobilizado com gesso (gesso? imobilizado?) com curativos e bandagens, e pontos fechados de drenagem (A) Sutura simples, curativo, curativo. (B) foleto de drenagem, (C) foleto de drenagem Sutura simples, curativo, curativo. (D) foleto de drenagem, curativo, curativo. (E) foleto de drenagem, curativo, curativo. (F) foleto de drenagem, curativo, curativo. (G) foleto de drenagem, curativo, curativo. (H) foleto de drenagem, curativo, curativo. (I) foleto de drenagem, curativo, curativo. (J) foleto de drenagem, curativo, curativo. (K) foleto de drenagem, curativo, curativo. (L) foleto de drenagem, curativo, curativo. (M) foleto de drenagem, curativo, curativo. (N) foleto de drenagem, curativo, curativo. (O) foleto de drenagem, curativo, curativo. (P) foleto de drenagem, curativo, curativo. (Q) foleto de drenagem, curativo, curativo. (R) foleto de drenagem, curativo, curativo. (S) foleto de drenagem, curativo, curativo. (T) foleto de drenagem, curativo, curativo. (U) foleto de drenagem, curativo, curativo. (V) foleto de drenagem, curativo, curativo. (W) foleto de drenagem, curativo, curativo. (X) foleto de drenagem, curativo, curativo. (Y) foleto de drenagem, curativo, curativo. (Z) foleto de drenagem, curativo, curativo.			

Dr. Antonio da Silva Filho
 MÉDICO
 CRM/PE 25096

ARIANA SEGUROS
 31 JAN 2018

Anotações Complementares:

Conduta:

Médico (C.R.M.)

CONDIÇÕES DE ALTA

Tempo de Permanência Hospitalar:

dias:

Alta:

Curado ☐
Melhorado ☐
Internado ☐
Piorado ☐
Óbito ☐

Óbito em:
Hora:
+ 48 Horas ☐
- 48 Horas ☐

Motivo: ☐ Decisão Médica
☐ Alta Pediátrica
☐ Transferência
☐ Indisciplina

Transferido Para:

Diagnóstico Definitivo:

Tratamento:

Diagnóstico Anátomo-Patológico:

Data

Assinatura do Médico - CRM



FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO local HGP

Encomendado.

Encomendado: Dr. Antônio A. da Silva Filho 22 anos. Freq.

para SPMU. Com relato de acidente de moto (moto-cabulloy) ojetando-se
involuntariamente alterando, não estava a respirar (Alcool? Drogas? etc?) Após qu
alongo tempo de inconsciência. Desconhecido se houve o uso de drogas. Em

Só passou a respirar depois de 5 minutos.

Após isso, com sintomas de SPMU, com sinais de respiração.

AN. MUCOPUR 31/08

AN. RCP 21/08 31/08

AN. plano Hospital de emergência em estado de coma profundo.
At estado de coma profundo em estado de coma profundo.

AN. plano Hospital de emergência em estado de coma profundo.

AN. Soluto de Tramadolol em estado de coma profundo.

(1) plano Hospital de emergência em estado de coma profundo.

(2) plano Hospital de emergência em estado de coma profundo.

(3) plano Hospital de emergência em estado de coma profundo.

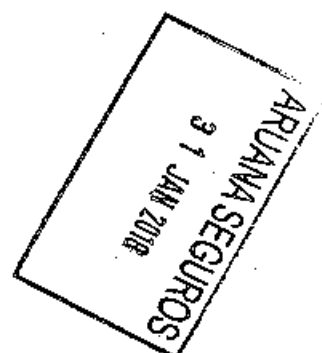
(4) plano Hospital de emergência em estado de coma profundo.

Grato

RECEITUÁRIO MÉDICO

11/12

Antonio A. da Silva Filho
MÉDICO
CRM-PE 25096





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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o
Sr. (a) JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS,
Esteve interno nesta unidade hospitalar no dia 24/11/2017.

REGISTRO: 309.742

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

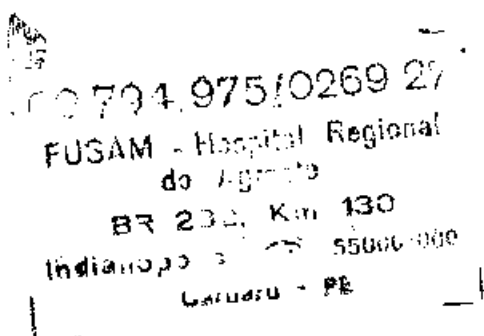
Tratamento: CONSERVADOR (TALA GESSADA).

1.OBS.: CID 10 S42.2

2.OBS.: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.



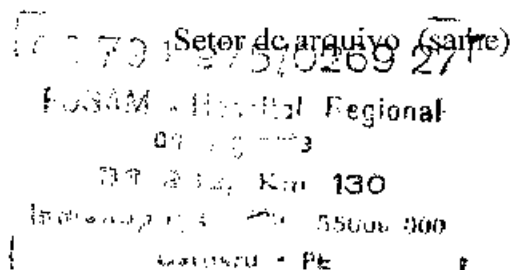
ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE



Caruaru 27 de Dezembro 2017

Vívia de Amorim Lira

(Same) do HRA . (81) 3719-9346.



4-11-55

132

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Radiografias de tornozelo sem imagem de fratura

(1) Uniaxial em plano médio

(2) Análise

(3) Alta da lesão

(4) Reforçar a imobilização de ortopedia
após 14 dias

Hugo A. A. da Costa
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 14234

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

Nome: _____

RG: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____

RG: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo:

Fratura de clavícula aberta

Destino do Paciente

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

Condição de Alta

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

Data: 24/11/17

Hora: _____

Médico: _____

CRM: _____

Hugo A. A. da Costa
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 14234

Usuario do Atendimento
IRANICEBSO

11/24/2017 8:09:40 PM

2 de 2

ARUANA SEGUROS
31 JAN 2018

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Tomaz Paul Oliveira Santos

Prontuário: 309442

Data: 24/11/17

Hora: 20:50

DIAGNÓSTICO:

Fratura fechada de clavícula direita

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno ao ambulatório após 14 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento conservador com imobilização e

analgésico

Alta Hospitalar: Data: 24/11/17

Hora: 20:55


Dr. Alia A. de Costa
Ortopedia/Traumatologia

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO (local) H & P

Encomendado

Encomendado pelo Jovens Revoluções Olivares Santos, 22 anos. Tropeço pelo SSMV, com relato de acidente de moto (moto-ambulância) e queda em velocidade alta, com lesões na cabeça (Alcool? Drogas? Injeções?) e lesões no membro superior direito (E) e lesões no membro superior esquerdo (E) e lesões no membro inferior direito (E).

Assim - ECA, exames, A.O.S., lesões, complicações

AD: AL 3/4 ST PA

AD: R.R. 21 BNT 5/55.

AD: pleura, hêmia, depunção, imobilidade e palpitação.
Alusão e transição palpitação.

AD: 27 exames feitos com exames de laboratório

(E) Golcho de Transistologos complicado

Obs: exames - 81 RX perfil e de costas
12/5/2012 de fatura de CB (procedimento de urgência)
Assinatura/Procedimento de CB 3)

RECEITUÁRIO MÉDICO

24/11/12

(A) fatura de Transistologos
(B) fatura de Transistologos

(C) fatura de Transistologos
(D) fatura de Transistologos

(E) fatura de Transistologos
(F) fatura de Transistologos

(G) fatura de Transistologos
(H) fatura de Transistologos

65-110 x 60
R= 70

Assinatura de Transistologos

Pro 120 x 120

Assinatura de Transistologos

Assinatura de Transistologos

Dr. Antonio A. de Silva Filho

MÉDICO

CRM 25006





FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

laudo médico

- Decho por
alunos nas 3
fases: Ponel Oliveira
Santos, presente
Puppo de cloro
cansado
Gato
40/5420


08/03/18

RECEITUÁRIO MÉDICO

ARUANA SEGUROS
15 MAR 2018

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME-	JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	MECÂNICO
IDENTIDADE-	9.245.468-SDS/PE
ENDEREÇO-	RUA EUSTÁQUIANO COELHO DA MATA, 167, BAIRRO: BRASILIA - TAQUARILINHA DO NORTE (PE)

OUTORGADO

NOME-	EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	APROXIMADO
IDENTIDADE-	3092022-SSP/PE
ENDEREÇO-	RUA SÃO BAPTISTA, 74390, CENTRO, SUEA BIM(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 CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

TAQUARILINHA DO NORTE - PE 7 DE DEZEMBRO DE 2017

Jonas Ravel Oliveira Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVENÇA NOTARIAL E REGISTRAL
TAQUARILINHA DO NORTE - PE

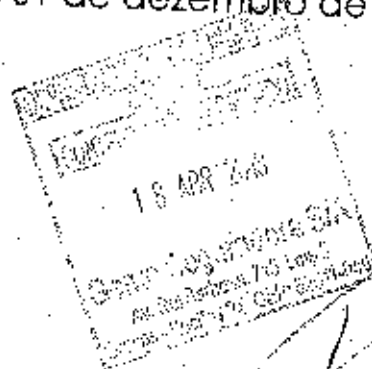
Reconheço a autenticidade da firma de
JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS, Outorgante
Taqui. do Norte, 07/12/2017, 16h51, 20. En. Test. da Verdade

NOTAR. VICTOR MENEZES LEMBRONINHA Substituído
E-mail: RS319915NR@RS-036.FERC-0391
Selo: 1078519 NAO1020170101530

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito, que o **Sr. Jonas Ravel Oliveira Santos**, nascido 13 de outubro de 1995, deu entrada neste hospital no dia 24 de novembro de 2017 em caráter de urgência vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo. Ficha Ambulatorial nº 294.141, conforme xerox em anexo. Em seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste-Caruaru/PE Sob Senha:5305246.

Taquaritinga do Norte, 01 de dezembro de 2017.



[Handwritten Signature]
Fiodelmo J. A. Prates
Presidente Fundata
MAT 000602



FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO local H&V

Encaminhamento

Encaminhado para o Dr. A. da Silva Filho, São Paulo, 22 anos, trouxe
Pela Sra. Maria da Conceição, de acidente no mto (moto-caballito) o que ocasionou
lesões múltiplas, com lesões na cabeça (Alcônt? Drogas? etc.) e lesões
nas pernas, com lesões no tornozelo e no pé. Lesões no pé e no tornozelo
e no tornozelo, com lesões no pé e no tornozelo.
As lesões são de natureza traumática, com lesões no pé e no tornozelo.

AN: M.V. 51 mm
AC: 21 mm e 21 mm
AN: plano, flexão, extensão, rotação e protração.
Extensão no tornozelo e protração.

- (A) plano de lesões
- (B) plano de lesões
- (C) plano de lesões
- (D) plano de lesões

As lesões são de natureza traumática, com lesões no pé e no tornozelo.
(E) lesões de natureza traumática, com lesões no pé e no tornozelo.

Gueto

RECEITUÁRIO MÉDICO

11/12

Antonio A. da Silva Filho
MÉDICO
CRM-PE 25896



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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o
Sr. (a) JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS,
Esteve interno nesta unidade hospitalar no dia 24/11/2017.

REGISTRO: 309.742

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Tratamento: CONSERVADOR (TALA GESSADA).

1.OBS.: CID 10 S42.2

2.OBS.: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.



ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

309.742.975/0269 27
FUSAM - Hospital Regional
do Acre
BR 234, Km. 130
Indaial, PE 55060-000
Caruaru - PE

Caruaru 27 de Dezembro 2017

Vivia de Amorim Lira

Setor de arquivo (same)

(Same) do HRA. (81) 3719-9346.

309.742.975/0269 27
FUSAM - Hospital Regional
do Acre
BR 234, Km. 130
Indaial, PE 55060-000

[illegible]

Nome: JONAS PAVEL OLIVEIRA SANTOS
Data Nasc.: 13/10/1995 Idade: 22 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 898003421215709
Endereço: RUA EUTÍQUIANO COELHO DA MATA Nº: 0
Bairro: BRASÍLIA Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE Estado: PE
CEP: 55790000 Fone: 92437397 Profissão: ESTUDANTE
Nome da Mãe: ADJANETE OLIVEIRA SANTOS
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

AGREEMENT RE: AND CO. MONITORING AND
FURNISHING OF DATA TO THE NATIONAL BUREAU OF
STATISTICS RE: AND CO.

Amber - 10/1/1998 10/1/1998

PA: FC: FR:

Admission by Certificate

Rx pit (E) M. Brown

Horário

Prescrição:

Dieta:

Data

Hörárlo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

11/24/2017 8:09:40 PM

3 - Evolução / Exames

1. Radiografia de tórax com linha de Zerkow

2. Exame com guilherme Pereira

3. Análise

4. Análise da Glicemia

5. Referencia ao ambulatório de emergência após 14 dias

Hugo A. A. de Costa
CRM: 14.234

Termo de Responsabilidade do Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

Nome:

Endereço:

Data:

RG:

Tel:

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome:

Endereço:

Procedimento:

RG:

Tel:

Assinatura

18 ABR 2017
HUGO A. A. DE COSTA
CRM: 14.234

Diag. Definitivo:

Prontidão de clareza de consciência

Destino do Paciente

(X) Alta () Cirurgia () Óbito () Evadir-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: () Internamento

Condição de Alta

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

Data:

Hora:

Médico:

CRM:

11/24/2017 8:09:40 PM
2 de 2

Hugo A. A. de Costa
CRM: 14.234

Usuario do Atendimento
IRANICEBG

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Tomás David Oliveira Santos

Prontuário: 309342

Data: 24 / 11 / 17

Hora: 20:50

DIAGNÓSTICO:

Lesão fechada de clavícula direita

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

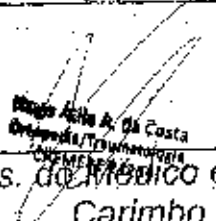
Retornar ao ambulatório em 15 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento conservador com imobilização
cirúrgica

Alta Hospitalar: Data: 24 / 11 / 17

Hora: 20:55


Sérgio A. da Costa
Ortopedia/Traumatologia
CRM 10552
Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Exams = Stressing

RECEITUÁRIO MÉDICO Local H-1840

Entwicklungsplan

Encarnación del Izar River Oliver. Santa Fe, 12 años. Tropical.
 filo de seda, con velas de acetato de nitrato (seda-synthetic). aperturas
 variando. alturas, de 10 cm. a 100 cm. (100 cm. a 100 cm.)
 altura de 10 cm. a 100 cm. (100 cm. a 100 cm.)
 altura de 10 cm. a 100 cm. (100 cm. a 100 cm.)
 altura de 10 cm. a 100 cm. (100 cm. a 100 cm.)

Revised = Final September 18 1893, General Conference

AN - 140 2500 51. 800

Doc. # 86-01-100-000

Plains Forest, 2000 ft., March 10, 1900.
 2000 ft. March 10, 1900.

The logarithmic function is an inverse of the exponential.

⑤ Gelbe deutl. Thrombocyten

44

~~2022-2023 - 1/2 of group 1 & 2
2023-2024 - 1/2 of group 1 & 2 (participation of group 1
in the process of group 2)~~

RECEITUÁRIO MÉDICO

291112

[illegible]

(1) Form 31 - Inventory - check

⑨ 5/20/2000: for show

① ABC (S. 1000-10000)

$$\begin{aligned} \angle C &= 180^\circ - 50^\circ \\ &= 130^\circ \end{aligned}$$

Q. 1. $\frac{1}{x^2} = x^{-2}$ Differentiate

$$P_{\text{eff}} = 1 + 2\alpha \ln 2$$

Answer: $\frac{1}{2}$

negative

Dr. Antonio A. de Silva Filho

1045

01/01/2019



FUNDATA

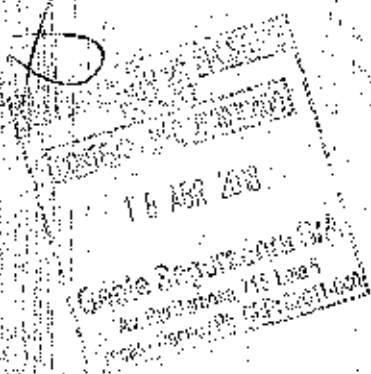
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

hormônio

Declaro por meio
deste documento
que o paciente
Paulo Roberto
de Oliveira
está em uso de

Gnato
40/5420



RECEITUÁRIO MÉDICO

08/03/18



Governo Municipal de Taquaritinga do Norte
Estado de Pernambuco
SECRETARIA DE SAÚDE

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Olivero Santiago Rosa
Portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____

Necessita de 10 dias de afastamento
do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença. 547-0

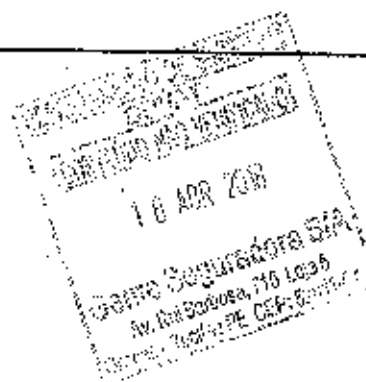
Paciente com fratura clavícula
esquerda consolidada.
Referido dores vagas (8/8)

Hospital ou Ambulatório _____

Y. Noli 05.04.18
Localidade e Data

[Assinatura]
Ass do Médico - CRM nº 289
Dr. Railton Marinho da Costa
CRM 3965-PB/13-192-PE
TEOT nº 289

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R G P S,
aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa
de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



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

JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS

CPF da Vítima

140.940.344-44

Data do Acidente

24/11/12

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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

Assinela 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 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.

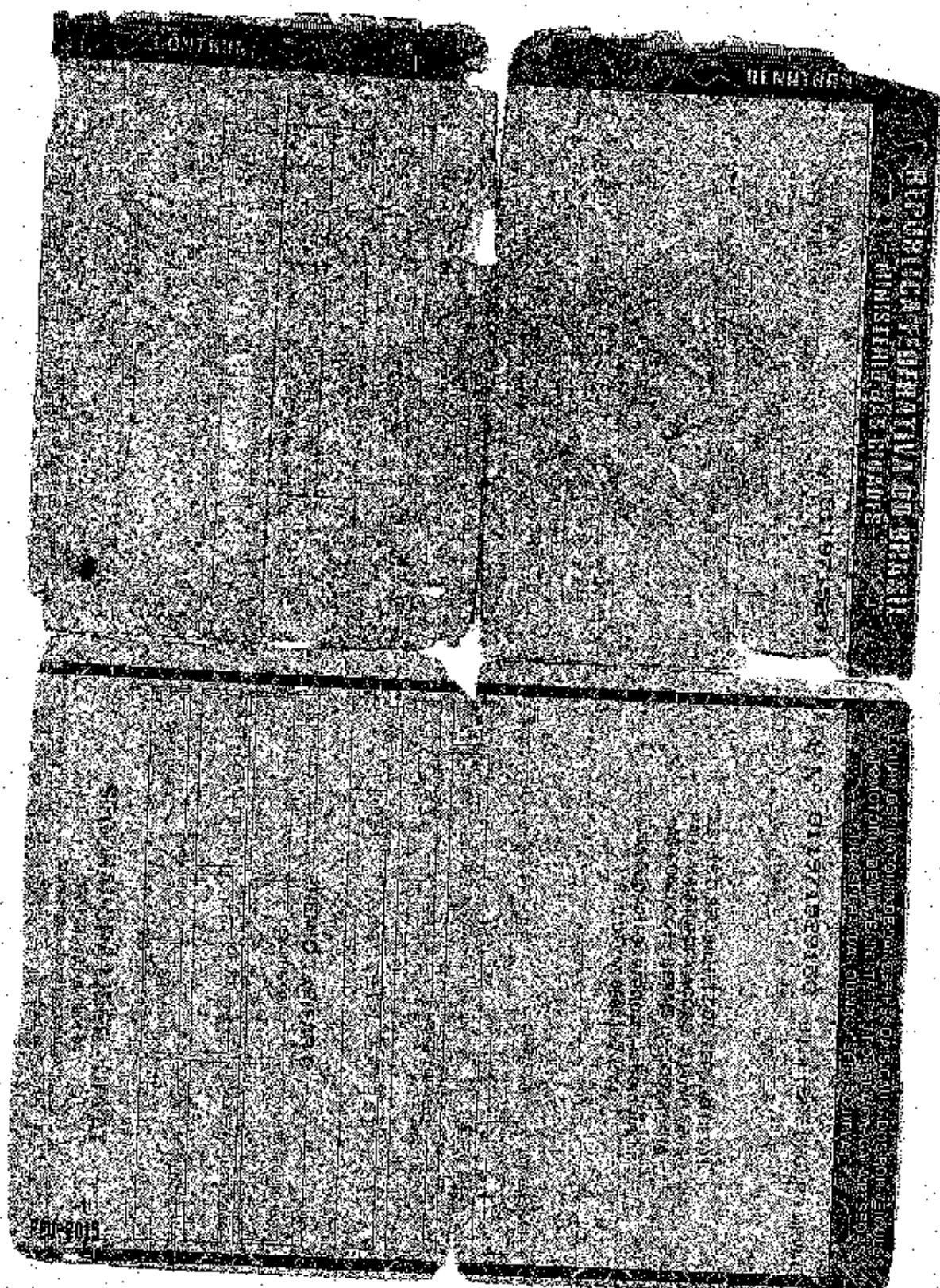
TAQUARITINGA 15 de ABRIL
DO NORTE/PE Local e Data

2012

Jonas Ravel Oliveira Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CONFIDENTIAL

18 APR 2001

Centre for Security Studies
PO Box 216, 1211 Bern, Switzerland
Tel: +41 31 314 1111 Fax: +41 31 314 1112
www.csis.ch

IDENTIFIC

WITELDA JONAS RAVEY OLIVEIRA SANTOS

DATA DO ACIDENTE: 24/11/2017 CPF DA VÍTIMA: 110.942.344-44

SECRETARIA DE A. HERMANDES

$$\|V^T\|_{M, \frac{1}{2}} = \frac{1}{\sqrt{2}} \|V^T\|_M$$

ENDERÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA

Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55350-000

E-MAIL: HEDEGURKOS1999@YAHOO.COM TEL: (81) 9665-0454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

3. CARTA DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE AUTENTICA E LEGÍVEL

TRABALHO DO CARIÓTIPO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPHIA SIMPLES E LEITE)

3. SAUDO PO INEL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(CONTINUA) ASSINADA PELA VITÓRIA E SELAÇÃO DO LAUDO DO INIL

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITÍMA NOS SIMPLES E LEGISLAÇÃO DECA

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE IDENTIFICAÇÃO de valores por conta de...

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRÁFICO DO CASAMENTO, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO

SECRET DO REPRESENTANTE LEGAL, SE VOCÊ FOR JOVEM SIMPLIFICADO (LIGAVEL)

DECLARACION RESPECTO AL TRABAJO

Downloaded At: 11:53 11 September 2009

CO DE DOCUMENTOS

-DOCUMENTOS BÁSICOS-DAKS-

DECLARAÇÃO DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CRIANÇA: O(a) autor(iza)do(a) declara que o(s) nome(s) do(s) filho(s) ou filha(s) é(são) o(s) mesmo(s) que consta(m) no(s) documento(s) de identificação.

COPIA PAUTINA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

II - GASTOS REALIZADOS (COMO SIMILES E DIFERENTES)

1. INDICADORES ORIGINAIS E DERIVADOS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA SIMONE E ILIENNE

INSTITUIÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZACAO GRATUITA POR ERRO DE CREDITO

-DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

DE CASAMENTO OU CARTeira DE TAbELAÇÃO OU CARTeira NACIONAL DE HAbilitAção (CDTA, SIMPLES E LEGISPE)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, S

085: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, ECCE-EXE-PTO PELA MATRIZ

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

MORTE - R\$ 13.500,00

DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO, PREVISTA NA LEI 8.112/74, DESPESAS MÉDICAS (DAMG) e PREMATURAS até 04/04/2004.

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

LISTADOS NESTE FORMULARIO

GRATIS SAC PRIVAT 0800 022.1204

RESPONSÁVEL: _____

DATA

ENTRANCE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gildazie Cordero de Farias

RG nº 4.385.894

data de expedição 05/06/2018

Órgão SDS

portador do CPF nº 061.394.684-77

com domicílio na cidade de Taquaritinga no Estado de

Pernambuco

onde

resido

na

(Rua/Avenida/Estrada)

Rua Lucas Evangelista

nº 134

complemento casa declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jonas Ravel Oliveira Santos

cujo

o

condutor

era

Jonas Ravel Oliveira Santos

Veículo: Motocicleta

Modelo: CG-150 FAN

Ano: 2011

Placa: PER-3993

Chassi: 9C2KC16708R526161

Data do Acidente: 24.11.2017

Local e Data: Taquaritinga do Norte

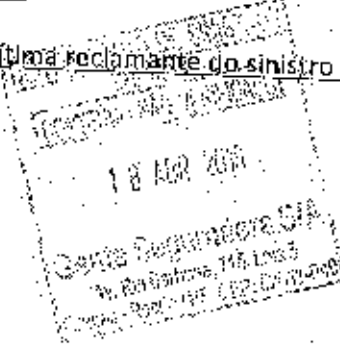
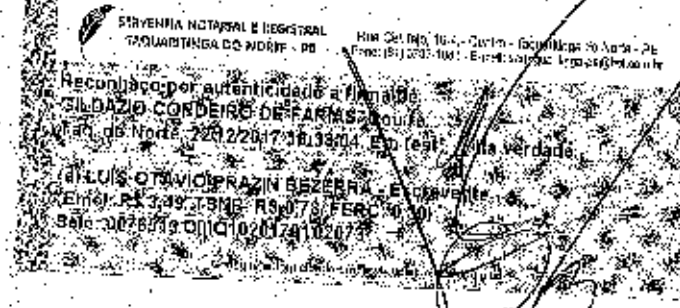


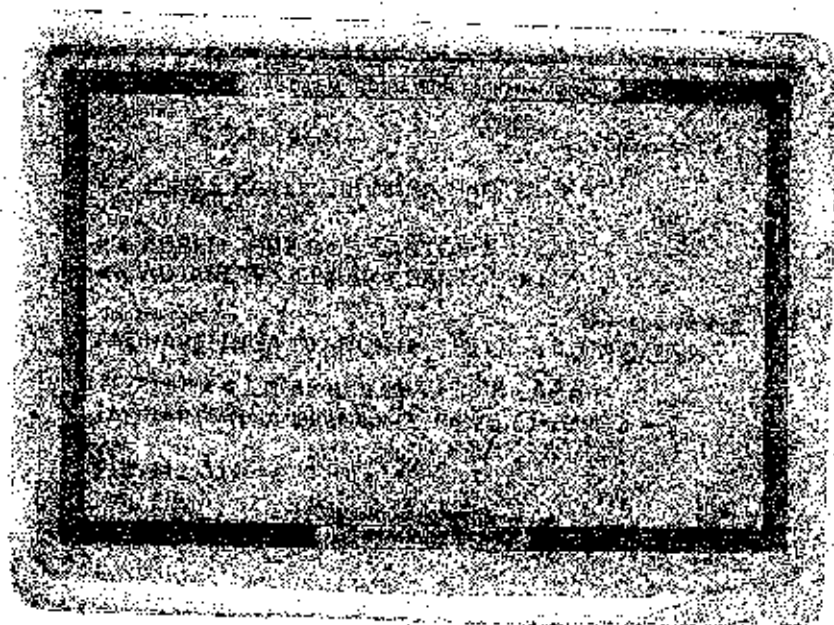
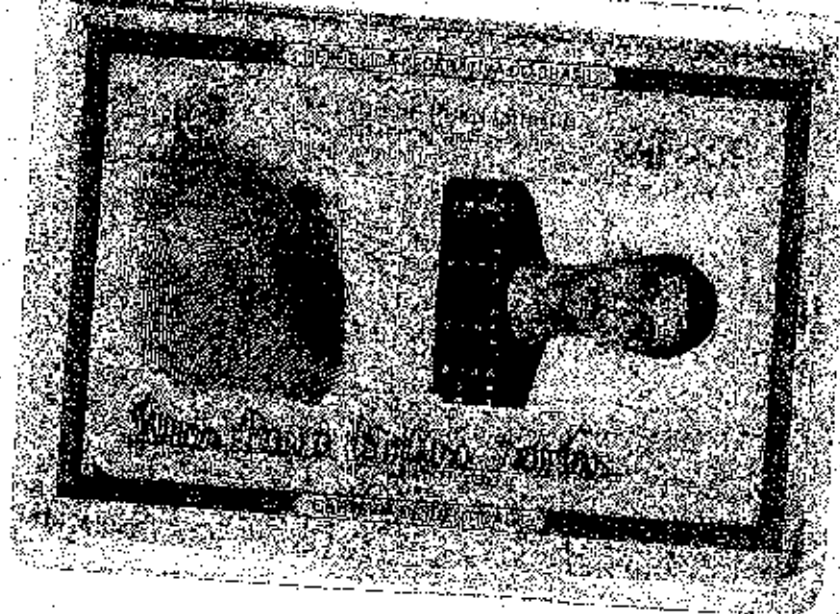
Gildazie Cordero de Farias

Assinatura do Declarante

Jonas Ravel Oliveira Santos

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





18 APR 2001
Gordon Segura, S.A.
Asistencia 145 1456
www.gordonsegura.com

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERREIRAS inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JONAS RAFAEL OLIVEIRA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o nº 110942314/44 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JONAS RAFAEL OLIVEIRA SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o nº 110942314/44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

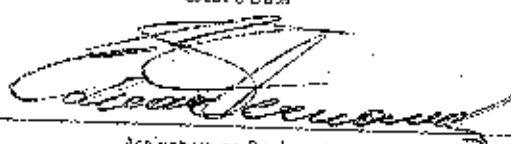
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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 JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750000</u>
Email <u>aferreras1994@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 96650454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 91526794</u>

SURUBIM/PE 11 de ABRIL de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

PARA USO DOS CORREIOS			DATA	REINTEGRAÇÃO AO SERVIÇO POSTAL PM
☐ 01 - MUDOU-SE	☐ 04 - DESCONHECIDO	☐ 07 - AUSENTE		
☐ 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE	☐ 05 - INF. ESCRITA PELO PORTEIRO	☐ 08 - FALLECIDO		
☐ 03 - NÃO EXISTE O Nº INDICADO	☐ 06 - NÃO PROCURADO	☐ 09 - RECUSADO	ASSINATURA E NÚMERO DO ENTREGADOR	

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE

Secretaria de Finanças - Departamento de Tributação

PAGUE SEUS IMPOSTOS EM DIA, COLABORE COM A SUA CIDADE

IPTU 2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE

Secretaria de Finanças - Departamento de Tributação

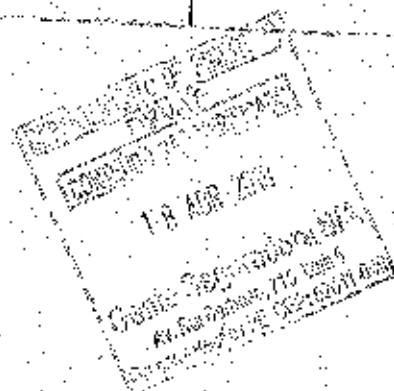
IPTU 2017

Endereço do Imóvel
RUA EUTÍQUIANO GOELHO DA MATA, 167
BRASILIA
55790-000 TAQUARITINGA DO NORTE PE
Loteam.:0 Ord.: 072 Lote: 0165

Inscrição: 01.01.072.0165.001

Nome / Endereço de Correspondência

ADJANETE DE OLIVEIRA
RUA EUTÍQUIANO GOELHO DA MATA, 167





436753
0136957/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE -
DP130ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0220000698**

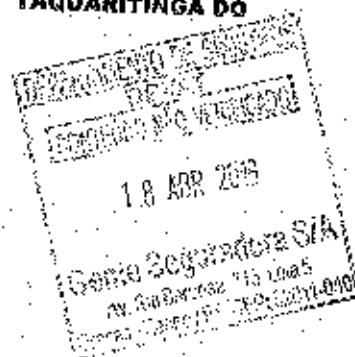
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/12/2017** às **12:27**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2017** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, PE-130 PRÓXIMO AO DEPOSITO DE GAS DE ZÉ BUCHADA NESTA CIDADE - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GILSON DO TRATOR (AUTOR AGENTE)
GILDAZIO CORDEIRO DE FARIAS (OUTRO)
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE (OUTRO)
RENATA MAIARA OLIVEIRA SANTOS (TESTEMUNHA)
JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GILSON DO TRATOR**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS**

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

JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ADJANETE OLIVEIRA SANTOS** Pai: **RUBEM JOSE DOS SANTOS** Data de Nascimento: **13/10/1995** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9245468/SDS/PE (RG), 11094231444 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECANICO**
Endereço Residencial: **RUA EUTÍQUIANO COELHO DA MA, 167 - CEP: 55790000 - Bairro: BRASILIA - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

GILDAZIO CORDEIRO DE FARIAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

RENATA MAIARA OLIVEIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ADJANETE OLIVEIRA SANTOS** Pai: **RUBEM JOSE DOS SANTOS** Data de Nascimento: **15/3/1991** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8239358/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º, GRAU COMPLETO** Profissão: **ECONOMISTA**
Endereço Residencial: **RUA EUTÍQUIANO COELHO DA MA, 1 - CEP: 55790000 - Bairro: BRASILIA - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

GILSON DO TRATOR (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, CAIQUE DESTA CIDADE - CEP: 55780000 -**
Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GILDAZIO CORDEIRO DE FARIAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PER3993** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Renavam: **308769826** Chassi: **9C2KC1670BR526161**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOL/GNV**

CAMINHÃO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILSON DO TRATOR**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/VW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

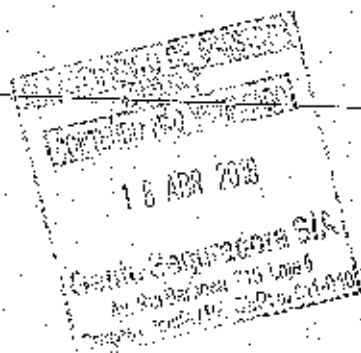
INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 24/11/2017, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PER-3993 PELA PE-130 ONDE FAZIA O TRAJETO SÍTIO SILVA DE CIMA A ESTA CIDADE, QUANDO A SUA FRENTE, NESTA MESMA DIREÇÃO TRAFEGAVA UM CAMINHÃO CAÇAMBA CITADO NESTE BO, CONDUZIDO POR UM MOTORISTA CONHECIDO POR GILSON DO TRATOR, QUE AO TRAFEGAR NA FRENTE DO DEPÓSITO DE GÁS DE ZÉ BUCHADA, O REFERIDO MOTORISTA DO AUTO CARGA, MANOUBROU O CAMINHÃO ENTRANDO BRUSCAMENTE A SUA ESQUERDA, SEM DAR SINAL QUE IRIA ENTRAR, OCASIÃO EM QUE A VÍTIMA CONDUZINDO A MOTOCICLETA FREIOU BRUSCAMENTE A MESMA TENTANDO EVITAR A COLISÃO, NO ENTANTO, NÃO CONSEGUIU POIS OS FREIOS DA MOTOCICLETA NÃO PARARAM A MESMA OCORRENDO ASSIM A COLISÃO, TENDO A VÍTIMA APÓS A COLISÃO SOFRIDO LESÕES PELO CORPO, O QUAL FOI PARAR DEBAIXO DO CAMINHÃO. NA OCASIÃO, A VÍTIMA FOI SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DO SAMU AO HOSPITAL LOCAL E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HRA DA CIDADE DE CARAURO(PÉ). APRESENTOU NESTA DEPOL DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU E DECLARAÇÃO DE 1º ATENDIMENTO DO HOSPITAL LOCAL.

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

Jonas Ravel Oliveira Santos

JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS
(VÍTIMA)

Renata Maiara Oliveira Santos
RENATA MAIARA OLIVEIRA SANTOS
(TESTEMUNHA)



B.O. registrado por: *Josineide Barbosa de Arruda* **JOSINEIDE BARBOSA DE ARRUDA** - Matrícula: **350862-5**



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: 11094231444 Nome completo da vítima: JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS CPF titular da conta: 11094231444 Profissão: REC-INE
Endereço: RUA EUTIMIANO COELHO DA MATA Número: 167 Complemento: CASA
Bairro: BRASILIA Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE Estado: PE CEP: 55790-000
Email: _____ Telefone (DDD): (81) 96650454

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00
☐ 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 (Fonte para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: _____ D/V: _____ CONTA: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO: BRASIL NICK: 001
AGÊNCIA: 1153 D/V: 7 CONTA: 20459 D/V: 5
(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.

TAQUARITINGA DO NORTE - PE, 11 de ABRIL de 2018
Local e Data

Jonas Ravel Oliveira Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

16/04/2018 - BANCO DO BRASIL - 08:48:36
050271547 0500

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
POUPANCA PARA CONTA CORRENTE

CLIENTE: ADRIANA M M A FERNANDES *
AGENCIA: 4637-X CONTA: 111.290-2 VAR: 51

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	16/04/2018
INFORMACOES DO DEBITO:	
TOTAL DEBITADO NA VARIAÇÃO: 51	2,00

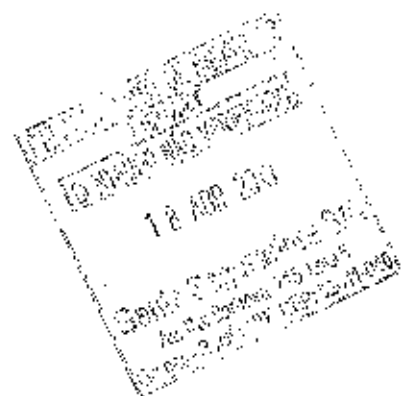
=====

***** TRANSFERIDO PARA: :
CLIENTE: JONAS R OLIVEIRA SANTOS
AGENCIA: 1153-3 CONTA: 20.459-5
VALOR TOTAL 2,00
NR. DOCUMENTO 244.637.000.111.290

=====

NR. AUTENTICACAO	f.EEG.239.100.60E.740
------------------	-----------------------

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006494/19

Vítima: JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS

CPF: 110.942.314-44

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS : 110.942.314-44

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: 07/01/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190017581**

Nome do(a) Examinado(a): **JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA EUTQUIANO COELHO DA MATA, 167 - BRASÍLIA - Taquaritinga do Norte - PE - CEP 55790-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9245468**

Data e local do acidente: [**24/11/2017**] **Taquaritinga do Norte**

Data e local do exame: [**15/01/2019**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da clavícula esquerda.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame do ombro esquerdo sem alterações funcionais

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento conservador e fisioterapia

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andrea R. Madeira
CRM - 19953

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190017581 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 24/11/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda.

Descrição do exame físico: Exame do ombro esquerdo sem alterações funcionais

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador e fisioterapia

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 15/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

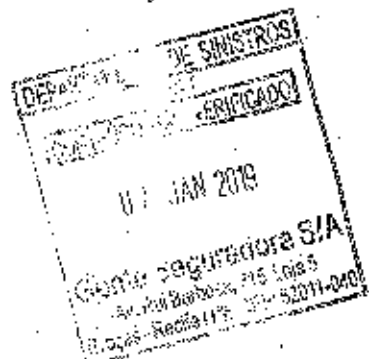
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

**FUNDATA**

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICOLado Médio

Dedou para adividas fins que o sr. Joms Rouel
Oliveira Santos, 23 anos apresenta fraturas de clavícula
e, com sintoma de paralisia parcial de ambos (epirotica)
junto a queixa de ostensa de NSE. Sintoma os quais ele
descreve desde o foto.

Un. 542.0

14/12/17

Taquaritinga do Norte, PE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Antonio A. da Silva Filho
MÉDICO
CRM nº 15098



Governo Municipal de Taquaritinga do Norte
Estado de Pernambuco
SECRETARIA DE SAÚDE

446920
0195174/18



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado João Paulo
Portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____

Necessita de _____ (X) _____ dias de afastamento
do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença. 597-0

Relato com fratura clavícula
esquerda consolidada.
Referindo dores vagas (8.8.)

Hospital ou Ambulatório _____

Localidade e Data T. Norte 05.04.18

[Signature]
Ass do Médico - CRM nº 289

Dr. Ralton Miroto da Costa
CRM 3665-PB/3.199-PE
TEOT 1.289

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRVAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO!
30 MAI 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lajes
Bairro: Lajes - CEP: 62011-000

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R.G.P.S.
aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa
de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lajes
Bairro: Lajes - CEP: 62011-000

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito, que o **Sr. Jonas Ravel Oliveira Santos**, nascido 13 de outubro de 1995, deu entrada neste hospital no dia 24 de novembro de 2017 em caráter de urgência vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo Ficha Ambulatorial nº 294.141, conforme xerox em anexo. Em seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste-Caruaru/PE Sob Senha:5305246.

Taquaritinga do Norte, 01 de dezembro de 2017.



[Handwritten Signature]
Rotealdo J. A. Pratas
Presidente Fundata
MAT. 000802

Unidade de Saúde: HOSPITALAR GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

PACIENTE

Nome: Geane Raniel Oliveira Gomes Categoria: Sur
 Sexo: M Idade: 22 Cor: B Estado Civil: Solteira
 Naturalidade: PE Data de Nascimento: 13/10/95
 Endereço: R. Brasil, 167
 Procedência: Cidade do Monte

RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende: _____ Parentesco: _____
 Endereço: _____
 Trazido por: _____
 Endereço: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
 Natureza do Acidente: ☐ Casual ☐ Queda ☐ Acid. no Trabalho ☐ Acid. no Trânsito ☐ Intoxicação
☐ Agressão ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Outras Causas

RECEPCIONISTA

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☒ Cirúrgico ☐ _____ Hora do Atendimento Médico: _____
 Pressão Arterial: MX 110 MN 60 Pulso: 70 BPM
 Temperatura: 36,5 °C Peso: 50 kg
 Queixa Principal e HDA: _____

História: Paciente com sintomas de cólicas abdominais, náuseas, vômitos e febre. Exame físico: (1) Abdominal: dor, com rigidez, (2) Fatores de risco, (3) Rota de acesso, (4) Sinais vitais, (5) Sinais de desidratação, (6) Sinais de infecção, (7) Sinais de choque, (8) Sinais de insuficiência renal, (9) Sinais de insuficiência cardíaca, (10) Sinais de insuficiência respiratória, (11) Sinais de insuficiência hepática, (12) Sinais de insuficiência endócrina, (13) Sinais de insuficiência hematológica, (14) Sinais de insuficiência imunológica, (15) Sinais de insuficiência neurológica, (16) Sinais de insuficiência psiquiátrica, (17) Sinais de insuficiência social, (18) Sinais de insuficiência cultural, (19) Sinais de insuficiência espiritual, (20) Sinais de insuficiência existencial.

Exame Físico:

do exame

- Exame Físico: do exame
1. Sinais vitais: FC 70, PA 110/60, T 36,5, P 50.
 2. Estado geral: Bom.
 3. Cabeça: Normocefálica, olhos claros, pupilas isocóricas, reflexos positivos.
 4. Pescoço: Sem alterações.
 5. Tórax: Sem alterações.
 6. Abdome: Dor, com rigidez, sem sinais de peritonismo.
 7. Membros superiores: Sem alterações.
 8. Membros inferiores: Sem alterações.
 9. Genitais: Sem alterações.
 10. Anos: Sem alterações.
 11. Pele: Sem alterações.
 12. Outros: Sem alterações.

Hipótese Diagnóstica

Pr: 170X120 mmHg

J. Antonio da Silva Filho
 MÉDICO
 CRM/PE 25098



FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

Soluções 5305246

Local H. V.

Enunciado

Enunciado: Paciente R. S. M. 22 anos - Trazido
pelo S. S. M. com história de acidente de moto (cabeça-cabeleira) apertando na
cervicalmente, alterando, com coluna - compressões (Alcôate, Drogas, etc.) e
algumas com de compressão. O diagnóstico é de lesão da coluna cervical.
S. S. M. - lesão da coluna cervical (C5-C6).

Doença - ECR - lesão da coluna cervical, compressão

AD: M. V. D. M. 51 22

AD: M. V. D. M. 51 22

AD: M. V. D. M. 51 22
AD: M. V. D. M. 51 22

AD: M. V. D. M. 51 22

AD: M. V. D. M. 51 22

(A) lesão da coluna cervical

(B) lesão da coluna cervical

(C) lesão da coluna cervical

(D) lesão da coluna cervical

Groto

RECEITUÁRIO MÉDICO

5/1/12

Antonio A. da Silva Filho
MÉDICO
CRM-PE 25896



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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o
Sr. (a) JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS,
Esteve interno nesta unidade hospitalar no dia 24/11/2017.

REGISTRO: 309.742

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Tratamento: CONSERVADOR (TALA GESSADA).

1.OBS.: CID 10 S42.2

2.OBS.: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.



ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

00794.975/0269 27
FUGAM - Hospital Regional
do Agreste
BR 234, Km 130
Indaial - SC 55006-000
Caruaru - PE

Caruaru 27 de Dezembro 2017
Vivia de Amorim Lima

(Same) do HRA . (81) 3719-9346.

Setor de arquivo (same)
00794.975/0269 27
FUGAM - Hospital Regional
do Agreste
BR 234, Km 130
Indaial - SC 55006-000

MEMBERSHIP

Prontuário: 300742

Religião:

CNS:808003421215709

No. 9

Estado: PE

Profissão: ESTUDANTE

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

eixa Principal / HDA:
 Aproveite de mais. Monitore o consumo
 de energia e água. Reduza o desperdício.
 Otimize o uso de recursos.

FR:

Police Department 100-2017-149-2

[illegible]

Rx rxz  87, 100/100

Horário

Data

Page 2

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

1. Radiografia de tórax com laudo de laudo

2. 1. Tórax sem ombro direito

3. Analgésico

4. Alta da internação

5. 14 dias

Hugo A. da Costa
Coordenador de Emergência
11/24/2017

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido () Paciente () Familiar

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

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento () Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

18 ABR 2018

Diag. Definitivo: Menstruação da dor no abdômen

Destino do Paciente

(X) Alta () Cirurgia () Óbito () Evadua-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento

Condição de Alta

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

Data: 24/11/17 Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Jonas David Oliveira Santos

Prontuário: 309342

Data: 24 / 11 / 17

Hora: 20:50

DIAGNÓSTICO:

Fratura fechada do clavícula direita

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Admissiones em ambulatório após 14 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento conservador com imobilização e

analgesia

Alta Hospitalar: Data: 24 / 11 / 17

Hora: 20:58


Carlos A. de Costa
CRM 100.000.000
Ass. do Médico e CRM
Carimbo



FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL CÉRAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

homem - 45 anos

Doenças por →
alergias, hérnia, sinusite,
dentes, Ronca, Olheira,
Surtos, problemas
Pulmão, de circulação
Causas de surtos
Gargalo
40/5420

19 ABR '08
Genio Segurado S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa 5
Cidade - São Paulo - SP - CEP: 05070-000

Dr. [Signature]
Médico - [Signature]
CRM 342459 - SP

08/03/18

RECEITUÁRIO MÉDICO



Governo Municipal de Taquaritinga do Norte
Estado de Pernambuco
SECRETARIA DE SAÚDE



FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado João Paulo
Portador da Carteira Profissional nº 547-0 Série 547-0

Necessita de (X) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Paciente com fratura clavícula
esquerda consolidada.
Reformado por vagas (88)

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

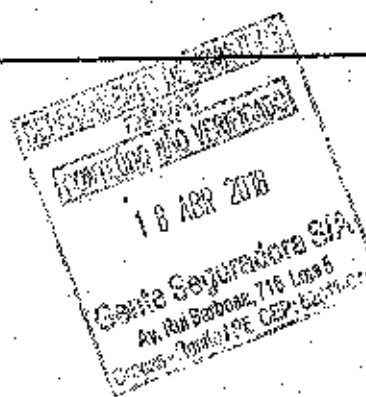
J. Neri 05.04.18

[Assinatura]

Ass do Médico - CRM nº 128

Dr. Ralfon Miranda da Costa
CRM 3005-PB/13-180-PB
TESTE

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R G P S, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190017581

Vítima: JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JONAS RAVEL OLIVEIRA 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





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, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190017581

Vítima: JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190017581

Vítima: JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS

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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

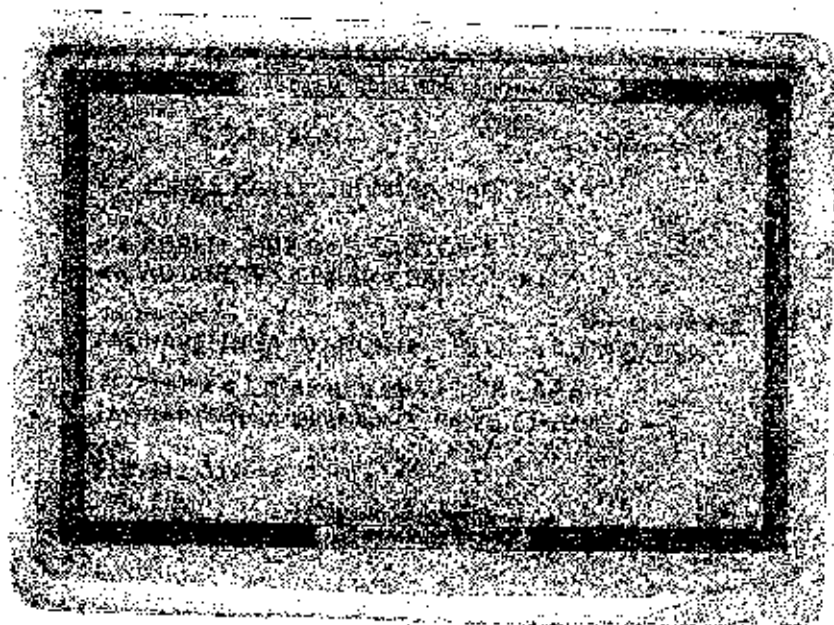
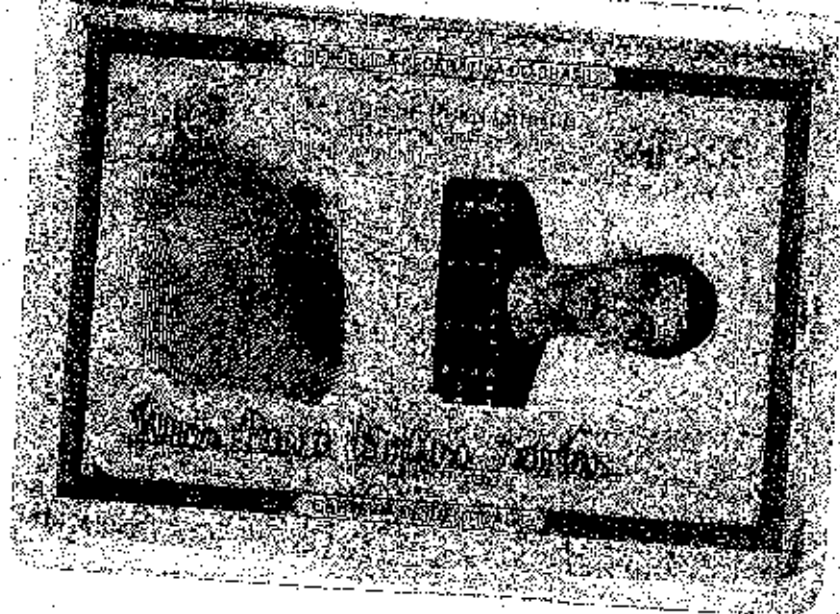
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



18 APR 2001
Gordon Segmentation SIA
As per drawing 145 1005
1000 1000 1000 1000