



Número: **0023205-26.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

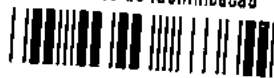
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65729809	04/08/2020 09:36	ANEXO 1	Outros (Documento)

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1219484604	NOME EDUARDO JOSS DE ALBUQUERQUE FERNANDES		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / INT 3092020 SSP PE		
	CPF 574.940.534-68	DATA NASCIMENTO 04/06/1968	
	FILIAÇÃO AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA SOBRINHO DALVARI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES		
	PERMISSÃO PROIBIDA	ACC ND	
Nº REGISTRO 01410781206		VÁLIDA 15/12/2020	Tª HABITAÇÃO 25/09/1986
PROIBIDO PLASTIFICAR 1219484604	OBSERVAÇÕES A		
	ASSINATURA DO TITULAR <i>[Assinatura]</i>		
	LOCAL SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE	DATA EMISSÃO 16/12/2015	
	ASSINATURA DO TITULAR <i>[Assinatura]</i>		
	47587078391 PE070298467		

31 JAN 2018
ATUANA SEGUROS





FUNDATA - Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ - 01.683.480/0001-03

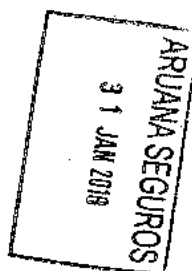
Documentação médico-hospitalar



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.



Flodoaldo J. A. Prates
Presidente Fundata
MAT 000602

Rodovia PE -130, Km 08, Taquaritinga do Norte - PE, Telefax: (81) 3733-1192.
E-mail: fundata1996@hotmail.com



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>21/11/17</u>
	HORA: <u>13:12</u>
Unidade de Saúde: HOSPITALAR GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA	

PACIENTE	
Nome: <u>Germano Rangel Oliveira Pontes</u>	Categoria: <u>Surv</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>Doa. do Norte</u>	

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

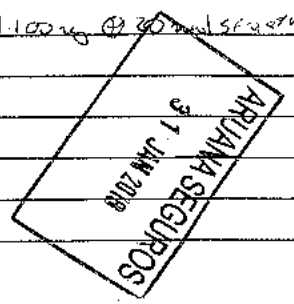
OCORRÊNCIA	
Local do Acidente: _____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____
Natureza do Acidente:	☐ Casual ☐ Queda ☐ Acid. no Trabalho ☐ Acid. no Trânsito ☐ Intoxicação ☐ Agressão ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Outras Causas

Lenina
 RECEPCIONISTA

Quanto tempo
 N.º 530 5746

ATENÇÃO MÉDICA	
Atendimento: ☐ Clínico ☒ Cirúrgico	Hora do Atendimento Médico: _____
Pressão Arterial: <u>MX 110 MN 60</u>	Pulso: _____ BPM
Temperatura: _____ °C	Peso: _____
Queixa Principal e HDA	
<u>Pt. trazido pelo SSM, com queixa de colúmbio - comichão, apertado, com</u> <u>inchaço, comichão (como? desconforto?) com coceira e lábios e pernas, e febre, febre</u> <u>e dor de cabeça. (A) Sinais de desidratação, comichão, coceira, febre. (B) febre e desconforto</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (C) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (D) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (E) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (F) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (G) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (H) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (I) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (J) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (K) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (L) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (M) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (N) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (O) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (P) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (Q) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (R) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (S) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (T) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (U) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (V) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (W) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (X) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (Y) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (Z) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u>	
Exame Físico: <u>do exame</u>	
<u>CV: (A) Sinais de desidratação, comichão, coceira, febre. (B) febre e desconforto</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (C) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (D) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (E) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (F) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (G) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (H) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (I) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (J) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (K) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (L) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (M) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (N) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (O) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (P) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (Q) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (R) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (S) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (T) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (U) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (V) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (W) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (X) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (Y) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u> <u>de cabeça, febre, coceira, desconforto. (Z) febre e desconforto de cabeça, febre, coceira</u>	
Hipótese Diagnóstica	
<u>PM: 170 X 72 X 20 mmHg</u>	

Dr. Antonio da Silva Filho
 MÉDICO
 CRM/PE 25096



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 Pedlática
☐ 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 HRP

Encomendado.

Encomendado: Antônio A. da Silva Filho Sexo M 22 anos. Troço.
Pelo SSMU, com relato de acidente de moto (moto-cabulloy) apertando a
marcha alternada, não estava a respirar (Alcool? Drogas? etc?) Estava em
situação de emergência. Examinado em local específico em face de...

Só passou minutos da emergência.

Acesso = BOM, normal, S.O.S., com a respiração.

AN. MUCO BRANCO S/ VES.

ARV. RED E BNR S/ S.S.

AN. glândulas salivares, mandíbula e maxilares.
Atenção em tomografia computadorizada.

As 04 horas foram encaminhados os dados.

⑤. Soluções de Transmutação comprimidos

①) Prélio de transmutação
(transmutação)

②) Força stimulante
- dieta especial

③) Glândulas salivares, otitis
nasal trans

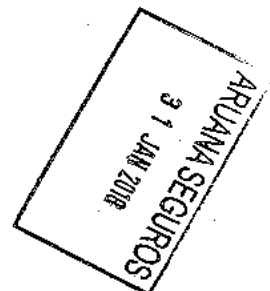
④) ECG 15 canais
em teste cooperativo

Lyoto

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.

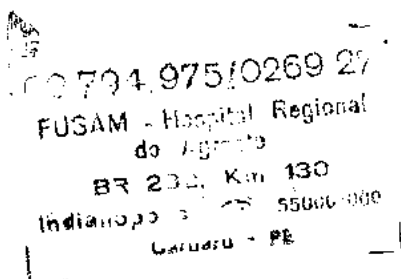
Tratamento: CONSERVADOR (TALA GESSADA).

1.OBS.: CID 10 S42.2

2.OBS.: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.



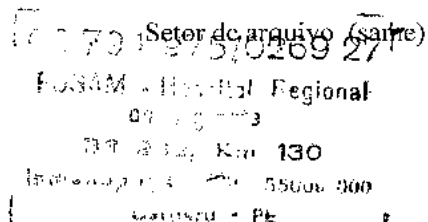
ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

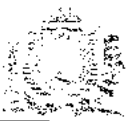


Caruaru 27 de Dezembro 2017

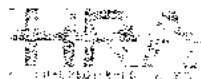
Vívia de Amorim Lira

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





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Radiografia de torax com views de frontais

(1) 1) Exame em ambas as mãos
(2) 2) Análise
(3) 3) Alta da emergência
(4) 4) Retorno ao ambulatório de ortopedia
após 14 dias

Hugo Alia A. da Costa
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 34234

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: _____

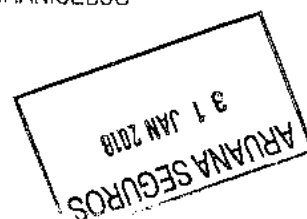
Médico: _____

CRM: _____

11/24/2017 8:09:40 PM

2 de 2

Usuario do Atendimento
IRANICEBSC



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: TONAS DANIEL VILHEIRA SANTOS

Prontuário: 309442

Data: 24 / 11 / 17

Hora: 20:50

DIAGNÓSTICO:

trauma fechada de clavícula direita

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório após 14 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

tratamento conservador com imobilização e
analgésico

Alta Hospitalar: Data: 24 / 11 / 17

Hora: 20:55

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

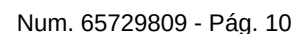
Ass. do Médico e CRM
Carimbo





RECEITUÁRIO MÉDICO Loc. H. 15

31 JAN 2018





FUNDATA

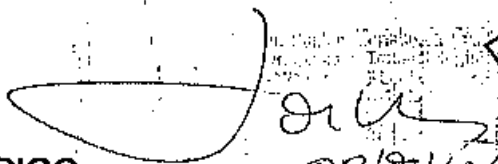
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

Laudo Médico

- Decho por
alergias nas gus
fauz Ronel Oliveira
Santos, presente
Pupilo de cloruro
Gato
40/5420

RECEITUÁRIO MÉDICO


08/03/18

ARUANA SEGUROS
15 MAR 2018



PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

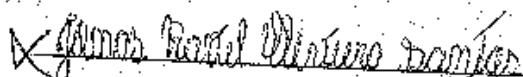
NOME-	JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	MECÂNICO
IDENTIDADE-	9.245.468-SSP/PE
ENDEREÇO-	RUA EDUARDO COELHO DA MATA, 167, BAIRRO: BRASILIA - TAQUARILINHA DO NORTE (PE)

OUTORGADO

NOME-	EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	APRESENTADO
IDENTIDADE-	309202R-SSP/PE
ENDEREÇO-	RUA SÃO BAPTISTA, Nº 390, CENTRO, SUEU BIM (PE)

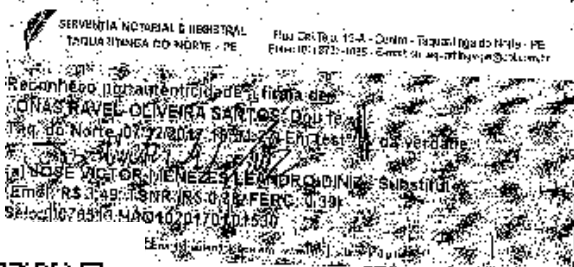
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

TAQUARILINHA DO NORTE - PE 7 DE DEZEMBRO DE 2017



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





SAMU Taguaringa de Norte



DEFLARACAN

[illegible]

De acordo com o registro de informações do CAMU, foram realizadas 10 visitas de segurança predeterminadas. A visita mobilidade planejada

Tadokartunga do Norte, CT, 15 de junho de 2011.

44-38861-100

CONTENTS

Coordenação de Engenharia e Engenharia



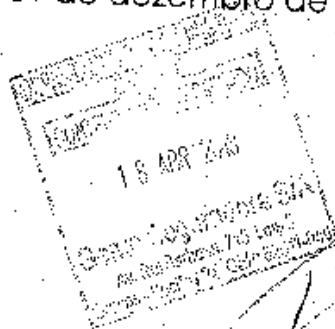


Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ - 01.683.480/0001-03

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]
Flodcelso J. A. Prates
Presidente Fundação
MAT 000502

Rodovia PE -130, Km 08, Taquaritinga do Norte - PE. Telefax: (81) 3733-1102.
E-mail: fundata1996@hotmail.com



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQ. DO NORTE

HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ATEND. Nº: 294 747

DATA: 24/11/17

HORA: 17:15

Unidade de Saúde: HOSPITALAR GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

PACIENTE

Nome: Carlos Rangel Oliveira Gomes

Sexo: M Idade: 22 Cor: B

Categoria: Quir

Naturalidade: PE

Estado Civil: Solteiro

Endereço: R. Brasil, 147

Data de Nascimento: 13/10/1995

Procedência: Do Norte

RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende: _____

Parentesco: _____

Endereço: _____

Trazido por: _____

Endereço: _____

OCCORRÊNCIA

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

Fora do Atendimento Médico

Pressão Arterial

(MX) 110 (MN) 60

Pulso

BPM

Temperatura

°C

Peso

Queixa Principal e HDA

Pt. trazido pela Sra. com dor de cabeça, náusea, vômito, febre, dor no abdômen, dor no peito, dor no braço direito, dor no braço esquerdo, dor no pescoço, dor no ombro direito, dor no ombro esquerdo, dor no quadril direito, dor no quadril esquerdo, dor no joelho direito, dor no joelho esquerdo, dor no tornozelo direito, dor no tornozelo esquerdo, dor no pé direito, dor no pé esquerdo, dor no dedo indicador direito, dor no dedo indicador esquerdo, dor no dedo médio direito, dor no dedo médio esquerdo, dor no dedo anelar direito, dor no dedo anelar esquerdo, dor no dedo mínimo direito, dor no dedo mínimo esquerdo, dor no dedo polegar direito, dor no dedo polegar esquerdo, dor no dedo anelar direito, dor no dedo anelar esquerdo, dor no dedo mínimo direito, dor no dedo mínimo esquerdo, dor no dedo polegar direito, dor no dedo polegar esquerdo.

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica

Dr. Antonio YVES 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 Local H.G.D.

Encaminhamento:

Encaminhado para o Dr. Antônio A. da Silva Filho, 22 anos, trazido pela Sra. Maria da Conceição da Silva (mãe) para avaliação e tratamento. O paciente apresenta sintomas de dor no peito, tosse com expectoração (Alcoól? Drogas? etc.) e febre. O paciente também apresenta sintomas de dor no abdômen e náuseas.

Assinatura: Antônio A. da Silva Filho, 22/08/2020, 09:36:15

AN. 10/08/2020 09:36:15

AN. 10/08/2020 09:36:15

AN. 10/08/2020 09:36:15, com sintomas de dor no peito, tosse com expectoração (Alcoól? Drogas? etc.) e febre. O paciente também apresenta sintomas de dor no abdômen e náuseas.

AN. 10/08/2020 09:36:15, com sintomas de dor no peito, tosse com expectoração (Alcoól? Drogas? etc.) e febre. O paciente também apresenta sintomas de dor no abdômen e náuseas.

AN. 10/08/2020 09:36:15, com sintomas de dor no peito, tosse com expectoração (Alcoól? Drogas? etc.) e febre. O paciente também apresenta sintomas de dor no abdômen e náuseas.

(1) 10/08/2020 09:36:15

(2) 10/08/2020 09:36:15

(3) 10/08/2020 09:36:15

(4) 10/08/2020 09:36:15

Grato

RECEITUÁRIO MÉDICO

Antônio 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.

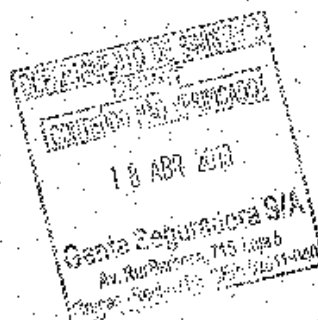
REGISTRO: 309.742

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

3794.97510269 27
FUSAM - Hospital Regional
do Agreste
BR 234 - Km 130
Indianópolis - 55066-000
Caruaru - PE

Caruaru 27 de Dezembro 2017

Vivia de Amorim Lira

Setor de arquivo (same)

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

3794.97510269 27
FUSAM - Hospital Regional
do Agreste
BR 234 - Km 130
Indianópolis - 55066-000
Caruaru - PE



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Indicação de transferência para Serviço de Especialidade

(1) Exame com Serviço Especial
(2) Análise
(3) Atto da Indicação
(4) Referência ao Ambulatório de Especialidade

anos 14 dias

Hugo A. de Costa
Coordenador Administrativo
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

Nome: _____

Endereço: _____

Procedimento: _____

() Paciente () Familiar

RG: _____

Tel.: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

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: ____/____/____

Hora: _____

Médico: _____

CRM: _____

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

Usuario do Atendimento
IRANICEB0G



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Thomas David Oliveira Santos

Prontuário: 309742

Data: 24 / 11 / 17

Hora: 20:50

DIAGNÓSTICO:

Lesão fechada de clavícula direita

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno ao ambulatório em 15 dias

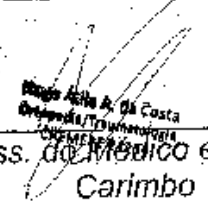
TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento conservador com imobilização

analgésica

Alta Hospitalar: Data: 24 / 11 / 17

Hora: 20:55


Ass. do Médico e CRM
Carimbo





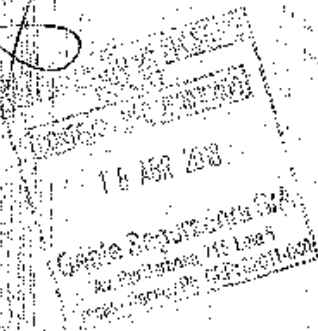
FUNDATA

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

homem jovem

*Declaro por este
aleatório, há 30
anos, Raul Oliveira
Santos, residente
Pavão de chácara
Cruzeiro
Galo
40/5420*



[Signature]
08/03/18

RECEITUÁRIO MÉDICO





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 Rafael
Portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____

Necessita de _____ (X) _____ dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença. 547-0

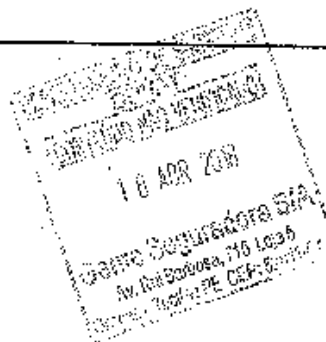
Paciente com FRATURA CLAVÍCULA
ESQUERDA CONSOLIDADA.
REFORMA DO TRABALHO VAGAS (S.S.)

Hospital ou Ambulatório _____

Localidade e Data

Dr. Raulino Marinho da Costa
CRM 3965-PB/13.109-PB
TÍTUL. 11.10.18
Ass do Médico - CRM nº 3965

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

110.940.334-24

Data do Acidente

24/11/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão; ou lesões, para os fins do §1º 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 de 2018

DO NORTE/PE

Local e Data

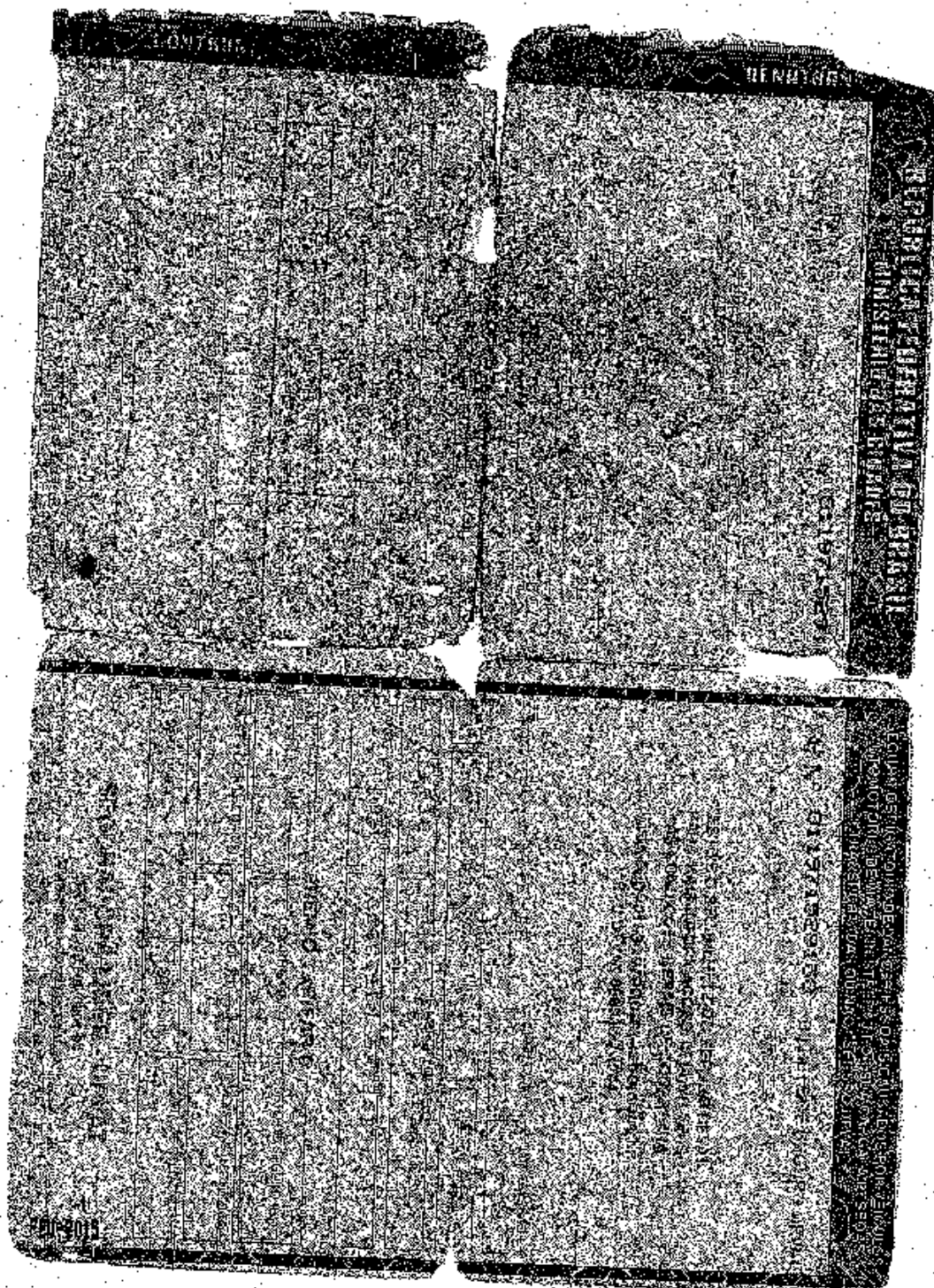
Jonas Ravel Oliveira Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





18 ABR 2020
Carta Seguradora S/A
Av. Raimundo, 715 Lapa
Rio de Janeiro, RJ



VÍTIMA **JOAQUIM RAFAEL OLIVEIRA SANTOS**

DATA DO ACIDENTE **24/03/2023** CPF DA VÍTIMA **310.940.334-44**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **EDUARDO JOSÉ DE A. FERREIRA**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA JOÃO BATISTA**

Nº **330** COMPLEMENTO **CASA** BAIRRO **CENTRO**

CIDADE **SURUBIM** UF **PE** CEP **55350-000**

E-MAIL **ABSEGURES1994@GMAIL.COM** TELEFONE (81) **9665-0454**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO DO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TABELÃO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AVALIAÇÃO
- ☒ ROLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTEÑHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO COTUL DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TABELÃO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTEÑHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO COTUL DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO DO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TABELÃO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AVALIAÇÃO
- ☐ ROLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTEÑHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO COTUL DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TABELÃO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTEÑHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO COTUL DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 - MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREVISTO NA LEI 6.394/74)
 - VALOR CONDIÇÃO O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOLHETO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.SEGUROTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 922.1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EM CHEQUE

IDENTIDADE **30920855010E** DATA _____

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/08/2020 09:36:15





Term. Social do Emp. e Sim. Cidad. para Ld. 10/24 de 2004/02
CNPJ 08.888.888/0001-00
CNPJ 08.888.888/0001-00
CNPJ 08.888.888/0001-00

UNIDADE CLIMATE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES
EMP. 6500 DA UNIDADE DE CONSUMIDORES
RUA JOAO BATISTA 370

CNPJ: 94.6.234.441-04

CLASSIFICAÇÃO
51 RESERVA
RESERVA
Mantida

00775588 UNICA CECALITO
00082014 20110408 575006

CONSUMIDOR
Consumidor Unico de Pádua
CNPJ 08.888.888/0001-00

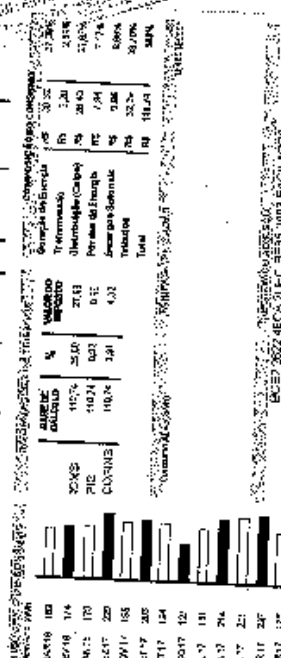
13/03/2018
131.59

QUANTIDADE
182.0000000

VALOR (R\$)
17.74
13.61
1.94

TOTAL DA FATURA

Nº DO MÉDIO	DATA 15/03/2018	VALOR 22.481,00	DATA 15/03/2018	VALOR 22.481,00	DATA 15/03/2018	VALOR 22.481,00
15/03/2018	15/03/2018	22.481,00	15/03/2018	22.481,00	15/03/2018	22.481,00



18 APR 2018



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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.038.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5589

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

NOME DO CLIENTE ADJANETE DE OLIVEIRA SANTOS		DATA DE VENCIMENTO 26/04/2018		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/04/2018		CONTA CONTÁVEL 001683192023	
CPF: 020.325.404-01		TOTAL A PAGAR (R\$) 126,02		DATA AUTORIZAÇÃO 19/04/2018		Nº DO CLIENTE 200105841	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA EUTÍQUIANO COELHO DA MATA, 167				NÚMERO DA NOTA FISCAL 013684364		Nº DA INSTALAÇÃO 0003841432	
		CLASSIFICAÇÃO		B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
BRASIL/TAQUARITINGA DO NORTE 55700-000 TAQUARITINGA DO NORTE PE		RESERVADO AO FISCO		669B.82C1.1487.1F54.9A9D.82A1.EBB2.D72E			
As condições gerais de fornecimento (resolução ANEEL 441/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.enele.com.br .							

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)		165,00	0,58842819	103,29
Contribuição Iluminação Pública				220,47
ICMS Subvenção-CDE-NF 002450564-19/01/18				1,06
ICMS Subvenção-CDE-NF 006028730-18/02/18				1,21
TOTAL DA FATURA				324,42

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIB		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
103,29	25,00	25,82	103,20	0,52	0,53
				103,29	2,40
					2,47

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		RI	%
Geração de Energia	10,05	21,29	
Transmissão	5,06	2,94	
Distribuição (Cabo)	23,28	24,47	
Energias Soterais	9,62	2,92	
Tributos	28,82	27,23	
TOTAL	103,29	100	

DEPARTAMENTO DE VAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
 02 MAI 2018

Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa 715 Loja 5
 Recife / PE 50040-000

Tabela Aplicação		Valor	Valor
Consumo (Ativo) (kWh)	103,29	103,29	103,29
MAI	18	18	18
FEV	18	18	18
JAN	18	18	18
DEC	17	17	17
NOV	17	17	17
OUT	17	17	17
SEP	17	17	17
AGO	17	17	17
JUL	17	17	17
JUN	17	17	17
MAI	17	17	17
ABR	17	17	17

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		AP. DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000172040217	CAE	20/03/2018	89,00	19/04/2018	264,00	30	1,00000	0,00	165,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TPN	MÉDIA ANUAL
fev/2018					
DUR. Hrs de hora sem Energia		1,22	5,37	10,02	21,26
PER. Hrs de tensão sem Energia		1,00	3,30	0,00	13,30
PER. Interrupção máxima de		1,22	3,03	0,00	0,00
Interrupção contínua					
3.0R-Duração de Interrupção em dia crítico				LISTA 00CA: 12,22	
ELAB-Valor do Consumo de Uso = R\$ 36,30					

(Este Demonstrativo pode sofrer alterações após a geração das informações DEB, FCB, DIVE e DUEZ e qualquer alteração)

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

CONTA CONTATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001063192023	04/2018	126,02	26/04/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

25/04/2018 07:39



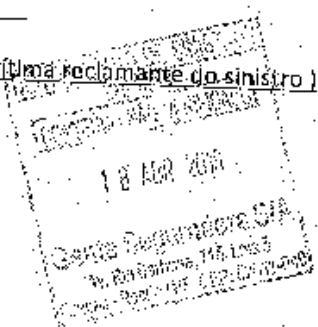
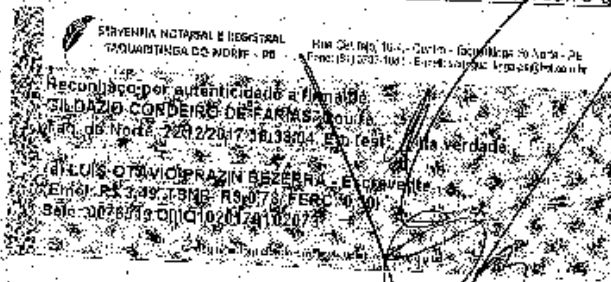
Declaração do Proprietário do Veículo

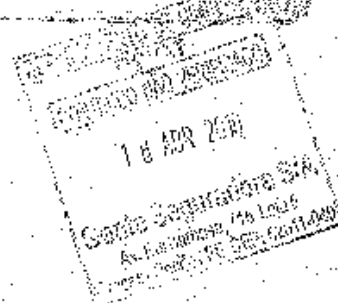
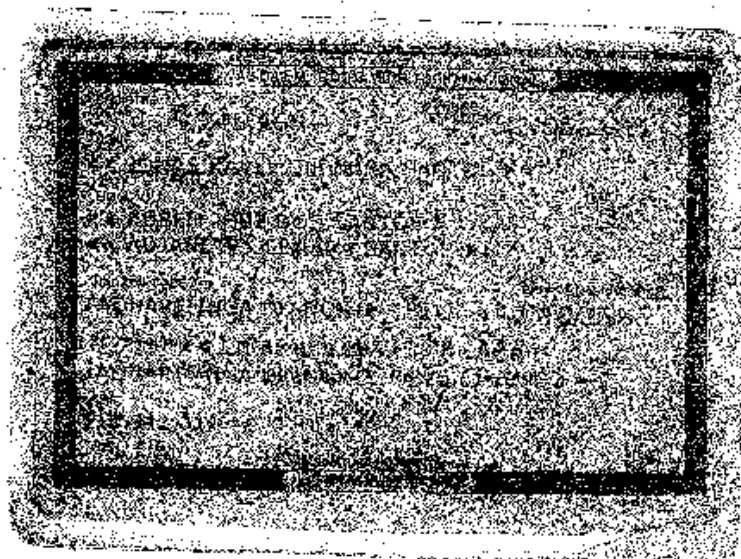
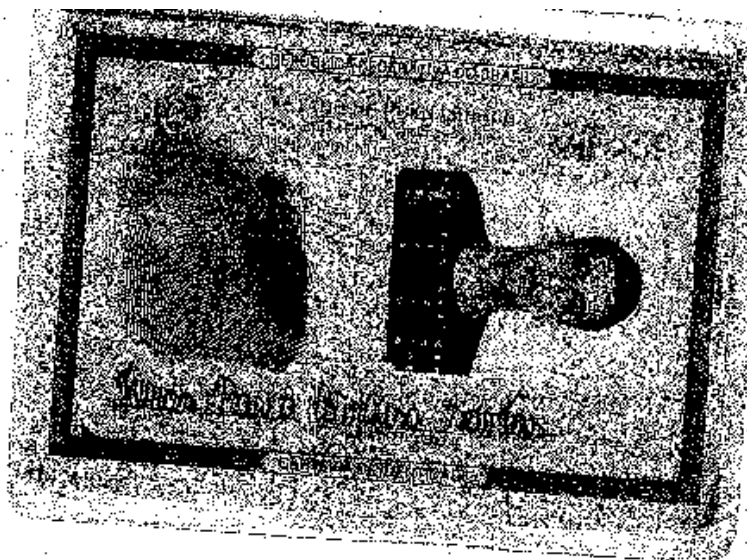
Eu, Gildazio Cordeiro de Farias
RG nº 4.385.894, data de expedição 05/06/2008,
Órgão SDS, portador do CPF nº 061.394.684-77, com
domicílio na cidade de Taquaritinga, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Lucas Evangelista, nº 134,
complemento casa, declaro, sob as penas da 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 FAU
Ano: 2011
Placa: PER-3993
Chassi: 9C2KC16708R526161
Data do Acidente: 24.11.2017
Local e Data: Taquaritinga do Norte


Gildazio Cordeiro de Farias
Assinatura do Declarante

Jonas Ravel Oliveira Santos

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





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 110.942.314 / 44, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JONAS RAFAEL OLIVEIRA SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.942.314 / 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		Número	Complemento
RUA JOAO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750000
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
aparecidos1994@yahoo.com.br		(81) 96650454	(81) 91526794

SURUBIM/PE 11 de ABRIL de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLRL-001 V001/2017



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

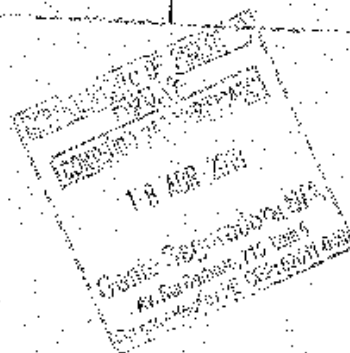
IPTU 2017

Endereço do Imóvel
 RUA EUTÍQUIANO GOMES DA MATA, 167
 BRASÍLIA
 55780-000 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 GOMES 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 DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0220000698**

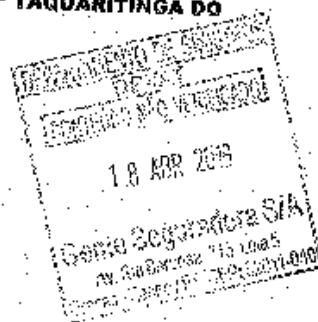
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/12/2017** às **12:27**

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:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GILSON DO TRATOR
VEÍCULO: (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: **9245458/SDS/PE (RG), 11094231444 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECÂNICO**
Endereço Residencial: **RUA EUTÍQUIANO COELHO DA MATA, 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: **8238358/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ECONOMISTA**
Endereço Residencial: **RUA EUTÍQUIANO COELHO DA MATA, 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: **MUNICIPIO 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 160** 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/BNV**

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

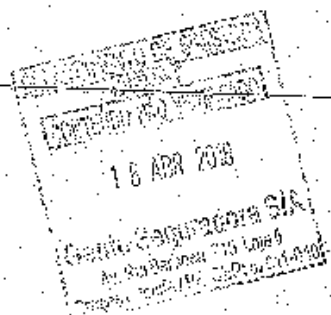
INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 24/11/2017, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PER-3993 PELA PE-130 ONDE FAZIA O TRAJETO SÍTIO SILVA DE CIMA A ESTA CIDADE, QUANDO A SUA FRENTE, NESTA MESMA DIREÇÃO TRAFEGAVA UM CAMINHÃO CAÇAMBA CITADO NESTE BO, CONDUZIDO POR UM MOTORISTA CONHECIDO POR GILSON DO TRATOR, QUE AO TRAFEGAR NA FRENTE DO DEPÓSITO DE GÁS DE ZÉ BUCHADA, O REFERIDO MOTORISTA DO AUTO CARGA, MANOBROU 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 CARAUURU (PE). 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 Maíara Oliveira Santos
RENATA MAÍARA OLIVEIRA SANTOS
(TESTEMUNHA)



B.O. registrado por: *Josineide Barbosa de Arruda* - Matrícula: **350862-5**





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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

Nome completo da vítima

11094231444

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\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (232)

☒ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRASIL

Nick

501

AGÊNCIA

Nº

1153

CONTA

Nº

20459

AGÊNCIA

Nº

1153

CONTA

Nº

20459

CONTA

Nº

15

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o 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

FAPPE.001 V306/2017



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

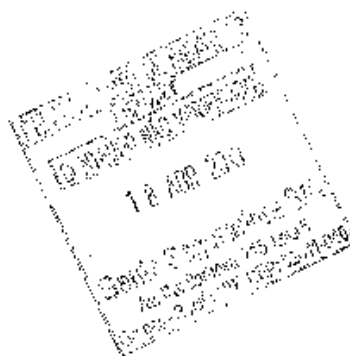
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
POUPANCA PARA CONTA CORRENTE

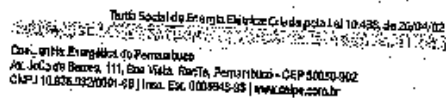
CLIENTE: ADRIANA M M A FERNANDES *
AGENCIA: 4637-X CONTA: 111.290-2 VAR: 51

DATA DA TRANSFERENCIA 16/04/2018
INFORMACOES DO DEBITO:
TOTAL DEBITADO NA VARIACAO: 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 1.EEG.239.100.6DE.780
Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.





DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE COMPLETA
RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 845 234 444-04

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICATION
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MORTUARIA

007/85828	UNICA	06/13/2018
06/13/2018	2011166260	3763008

FORMA DE ENTREGA	RECIBO
7/10/2018	15/2018
ESTADO DE MONTEVIDEO	Provincia de Montevideo
13/03/2018	15/2018
OTRO ALICATA	
	131,59

Consumo Água (litros)
Contribuição Mensal para a
ICMS Subversão: CDE-NF 00028544-339717

QUANTITIES	PRICE (\$)	TOTAL (\$)
102.0000000	0.39368135	40.174
		19.61
		1.38

TOTAL DA FATURA

131.56

Nº DO IMPOSTO	TIPO DA FUNÇÃO	INTERVEN		ATUAL		Nº DE DIAS	CORREÇÃO	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
		DATA	LEGISLAÇÃO	DATA	LEGISLAÇÃO				
1507916	DAI	05-01-2014	23.855,10	05-03-2014	23.617,50	30	1,0000		127,00

Sexo	Edad	Porcentaje
Varón	0-14	18.1%
Varón	15-64	32.1%
Varón	65+	4.8%
Mujer	0-14	17.1%
Mujer	15-64	31.1%
Mujer	65+	4.8%

No final de 2014, a população residente em Portugal atingiu 11,5 milhões. Mais 700 mil pessoas, ou seja, 6,1%, em 2015. O crescimento da população residente em Portugal em 2015 foi de 700 mil habitantes, o que representa 6,1% do total da população residente em Portugal. Este crescimento da população residente em Portugal em 2015 foi devido a um aumento da imigração e a uma diminuição da emigração. A imigração em 2015 foi de 1,2 milhões de pessoas, o que representa 10,4% do total da população residente em Portugal. A emigração em 2015 foi de 0,5 milhões de pessoas, o que representa 4,3% do total da população residente em Portugal. O saldo migratório em 2015 foi de 0,7 milhões de pessoas, o que representa 6,1% do total da população residente em Portugal.

1849 28
Gente-Schreibers-Druck
Ankündigung der Druck
Gente-Schreibers-Druck



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

Titular do CPF: JONAS RAVEL OLIVEIRA SANTOS

CPF de: Próprio

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

[**X**] 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 [**X**] 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 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

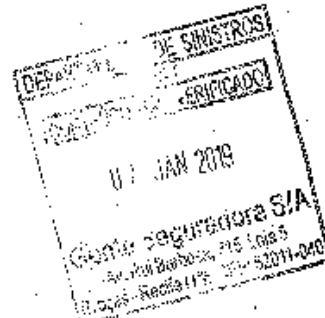


**FUNDATA**

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

RECEITUÁRIO MÉDICOLado Medico

Decisão para o diabetes tipo 2, o sr. Jonas Rous
Oliveira Santos, 23 anos, apresenta fraturas de clavícula
e, com sintomas de paratireoideais de ambos (cervicais)
junto a queixa de osteoporose de M.E. Sintomas os quais ele
descreve desde o foto.

Un. 542.0

14/12/18

Taquaritinga do Norte, PE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Antonio A. da Silva Filho
MÉDICO
CRM 17.506





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

ATESTADO que o Segurado Olivero Soares
Portador da Carteira Profissional nº 597-0 Série 05.04.18

Necessita de (X) dias de afastamento

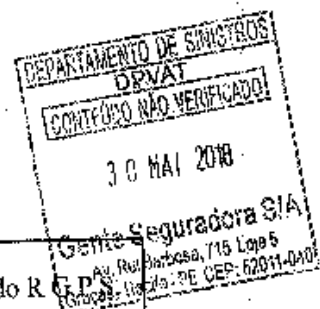
do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Doença com Fatura Clínica
ESQUERDA CONSOLIDADA
REFERENDO DOSES VAGAS (8x)

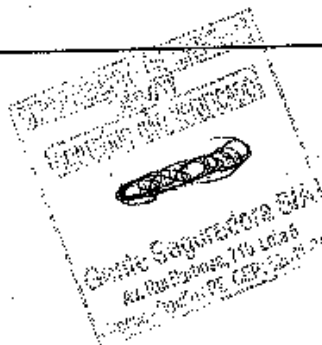
Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

Dr. Raimon Morinho da Costa
CRM 3665-PE/13-186-PE
TEOT 11-269
Ass do Médico - CRM nº 3665



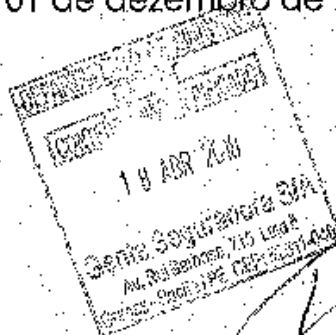
NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R.G.P.S. aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



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]
Flodante J. A. Prates
Presidente Fundata
MAT 000802



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQ. DO NORTE

HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ATEND. Nº: 234 744

DATA: 21/11/17

HORA: 13:13

Unidade de Saúde: HOSPITALAR GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

PACIENTE

Nome: Spence Ravel Oliveira Santos Categoria: Sur
 Sexo: M Idade: 62 Cor: B Estado Civil: Solteiro
 Naturalidade: SC Data de Nascimento: 13/10/1955
 Endereço: R. Brasil, 167
 Procedência: Cidade do Norte

RESPONSÁVEL

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

OCCORRÊNCIA

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 ☒ Outro Hora do Atendimento Médico: _____
 Pressão Arterial: MX 110 MN 60 Pulso: _____ BPM
 Temperatura: 36,5 °C Peso: 18 ASR 2018
 Queixa Principal e HDA: _____

pt. frágil pela idade avançada e doença crônica. Apresenta sintomas de insuficiência cardíaca (dispnéia, edema) e insuficiência renal (oligúria, azotemia). Exames laboratoriais: Hb 10,0, Hct 30,0, Plac 300.000/mm³, Leuc 12.000/mm³, Creat 2,5 mg/dL, BUN 40 mg/dL. Tratamento: diurese, dieta hipossódica, controle de líquidos.

Ant: Fluor, Rinta, Depur, 5l sangue em casa, em estado de saúde.

Exame Físico: do ecr
CR: 1) Soluto Bx Relato da doença
2) Ausc. Ventr. 3) Pulso 4) Tórax 5) Abd. 6) Ext. 7) Neurol.
8) Limp. e f. de pulm. 9) creat. 10) Hemat. 11) Urina

Hipótese Diagnóstica: 6) Insuficiência renal

Dr. Antonio da Silva Filho
 MÉDICO
 CRM/PE 25096



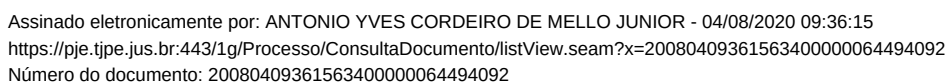


RECEITUÁRIO MÉDICO Loui H. V.

Geo 10

RECEITUÁRIO MÉDICO

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

02794.975/0269 27
FUGAM - Hospital Regional
do Agreste
BR 232, Km 130
Indaialópolis - PE 55000-000
Lindero - PE

Caruaru 27 de Dezembro 2017

Vivian de Amorim Lir

Setor de arquivo (same)

FUGAM - Hospital Regional
do Agreste
BR 232, Km 130
Indaialópolis - PE 55000-000

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



MEMORANDUM

Prontuário: 300742

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Seix Principal / HDA:
 AC 100 WE AC 100 WE. 100 WE 100 WE 100 WE
 100 WE 100 WE 100 WE 100 WE 100 WE
 100 WE 100 WE 100 WE 100 WE 100 WE

PA: FC: FR:

1. 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352

Isorio: *Primeros de Elyria*

Rx put  m, positive

Dieta:

Data

Horário

Page 2



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Realização de exames em laboratório de referência

(1) Triagem para embolia pulmonar
(2) Análise
(3) Alta da internação
(4) Realização de simulação de emergência
após 14 dias

Hugo A. A. de Costa
Coordenador de Emergência
11/24/2017 14:39

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: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo: embolia de artéria pulmonar

Destino do Paciente

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

Condição de Alta

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

Data: 11/24/2017 Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

11/24/2017 8:08:40 PM
2 de 2

Usuario do Atendimento
IRANICEBSG



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Tomaz David Oliveira Santos

Prontuário: 309742

Data: 24 / 11 / 17

Hora: 20:50

DIAGNÓSTICO:

Infecção Aguda da Chlamydia Respiratória

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Admissionar ao ambulatório por 14 dias

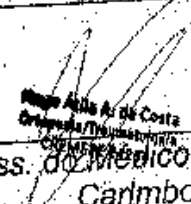
TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento com amoxicilina 500mg 2x ao dia e

analgesia

Alta Hospitalar: Data: 24 / 11 / 17

Hora: 20:55


Ass. do Médico e CRM
Carlos Alberto de Costa





FUNDATA

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

homem - médico

*Dados pessoais
doentes: hns, sus
Jaws, Ronel Oliveira
Smts, presentes
Pulso de dor
Causa de dor
Gato
40/5420*

18 ABR 2018
Genio Gerenciadora S/A
Av. Rui Barbosa, 718 Lapa
Cidade - São Paulo, SP, 05409-000

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM 35.000.000

Assinatura
08/08/18

RECEITUÁRIO MÉDICO





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



FUNDATA

FUNDACÃO 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. 547-0

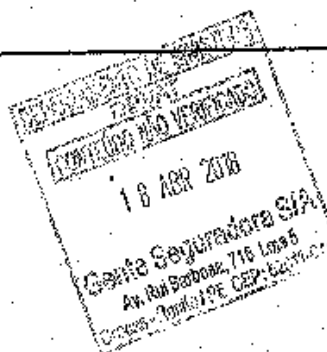
Doente com fratura clavícula
esquerda consolidada.
Reformado por 30 dias (85)

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

Dr. Raimundo Manoel da Costa
CRM 3065-PB/13-189-PE
FEOT 11-83
Ass do Médico - CRM nº 3065

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.





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, 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

Pag. 00349/00350 - carta_04 - INVALIDEZ

00060175



Carta nº 13851766





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: INTERRUPÇÃO 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

Pag. 01763/01764 - carta_02 - INVALIDEZ

00040882



Carta nº 13803445





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, 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

Carta nº 13794651



