



Número: **0055860-51.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILIADE JONAS BRASIL (AUTOR)		DRIENNY SANTOS DE ANDRADE (ADVOGADO) ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70356541	30/10/2020 14:20	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080625

Vítima: GILIADE JONAS BRASIL

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILIADE JONAS BRASIL

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 15536845





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, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080625

Vítima: GILIADE JONAS BRASIL

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILIADE JONAS BRASIL

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **GILIADE JONAS BRASIL**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000000773**

Conta: **0000060464-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	097.680.844-23	GILIADE JONAS BRUNO

3 - Nome completo:		GILIADE JONAS BRASIL		6 - CPF:		097.630.144-2	
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:		10 - Complemento:	
RECURSO		RUA JERINHO DE BARROS		156			
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:		14 - CEP:	
CORDEIRO		RECIFE		PE		50630-160	
15 - E-mail:				16 - Tel. (DDD):			

18 - CPF do Representante Legal: _____

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora L'Idor a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro (PVA) a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 Desemprego por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicita o enquadramento da análise do meu pedido de indemnização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concentrando, desde já, a minha submeter a avaliação médica às custas da Seguradora, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, § 2º, devendo de este autorização não significar prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso ocorra, de antemão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Você teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Você deixou no futuro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	31 - Você teve irmãos?	☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Você deixou no futuro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não
------------------------	--	---------------------------------------	------------	--	--	------------------------	--	---------------------------------------	------------	--	--

Estou ciente de que a Seguradora não pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte de aquele beneficiário que se apresentar e provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a corrupção do testamento e a consequente incidência criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

35 Nome legível de quem assina a recibo/pedido

3b - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (X) Assinatura de quem assina a recibo/pedido

38 - 1st Name:

CPF:

Assinatura ca testemunha

39 - 22 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data RECIFE, 07 DE JANEIRO DE 1960

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 Assinatura do Procurador (se houver)

FHS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:20:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014200724900000068986473>
 Número do documento: 20103014200724900000068986473

Num. 70356541 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO JARDIM SÃO
PAULO - DP12ª CIRC DIM/4ª DESEC



578555
0065172/20

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0102000167

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/01/2020 às
10:52

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 26/6/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 1 - Bairro: DERBY - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
GILIADE JONAS BRASIL (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): GILIADE JONAS BRASIL

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

**GILIADE JONAS BRASIL (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe MARIA DE
FATIMA DA SILVA Data de Nascimento: 19/5/1994 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA FIRMINO DE BARRÓS, 160 - CEP: 55080-000 - Bairro:
CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): GILIADE JONAS BRASIL, que
estava em posse do(a) Sr(a): GILIADE JONAS BRASIL**
Categoria/Marca/Modelo: **BIKE FIXA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido
Não
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**.
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

.....
INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA E HORA CITADOS, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, NÃO IDENTIFICADA, QUANDO TRANSITAVA COM SUA BICICLETA, CAINDO NA VIA, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DA CAXANGÁ, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS COM FRATURA NO COTOVELO DIREITO, ONDE FOI CIRURGIADO. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL. CASO AFETO A DELEGACIA DO CORDEIRO.

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

.....

GILVADE JONAS BRASIL
(VÍTIMA)


B.O. registrado por: **CLAUDENIO CALIXTO DE PONTES** - Matrícula: **151206-2**





2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	097.680.844-23	GILIADE JONAS BRUNO

3 - Nome completo:		GILIADE JONAS BRASIL		6 - CPF:		097.630.144-2	
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:		10 - Complemento:	
RECURSO		RUA JERINHO DE BARROS		156			
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:		14 - CEP:	
CORDEIRO		RECIFE		PE		50630-160	
15 - E-mail:						16 - Tel.(DDD):	

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

19 - Profissão do Representante Legal: _____

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RECURSO ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assina e imprime uma opção)☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora L'Idor a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro (PVA) a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 Desemprego por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicita o enquadramento da análise do meu, pelo do de indemnização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, a minha submeter a avaliação médica às custas da Seguradora, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.346/74, art. 3º, §2º, de modo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso decorra de erro científico.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do
óbito e a última

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Você teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Você deixou nascituro (ou nasceu)?	☐ Sim ☐ Não	31 - Você teve irmãos?	☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Você deixou pais/avós vivos?	☐ Sim ☐ Não
------------------------	--	--	---	--	------------------------	--	--	-----------------------------------	--

Estou ciente de que a Seguradora não pagará, caso devulta, a indenização do Seguro DPVAT por morte de pessoas beneficiárias que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 Nome legível de quem assina a rcgo/a pedido

3b - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a rcap/a pedido

38 - 1st Name:

CPF:

Assinatura ca testemunha

39 - 22 | Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data RECIFE, 07 DE JANEIRO DE 1960

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 Assinatura do Procurador (se houver)

FHS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:20:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014200724900000068986473>
 Número do documento: 20103014200724900000068986473



Nome:
288472-GILIADE JONAS BRASIL

Idade: 25a 5m 3d Nascimento: 19/05/1994

Sexo: Masculino Contatos: / 81-988553045

Mãe:
MARIA DE FATIMA DA SILVA

Endereço:
RUA FIRMINO DE BARROS, 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

Data do Atendimento: 26/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316779

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO HA CERCA DE 2 HORAS APRESENTANDO DOR EM COTOVELO DIREITO: SEM SINAIS DE TCE, NENHUMA DOR CERVICAL E OU BACIA.

EXAME FÍSICO:

DOR E EDEMA EM COTOVELO DIREITO + ADM LIMITADA, NÃO ENTANDO, COM EXTENSÃO ATIVA COMPLETA DO COTOVELO
RX: FRATURA SEM DESVIO E INCOMPLETA DO OLECRANO DIREITO
INFORMADO AO PACIENTE A IMPORTANCIA DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, O MESMO FICANDO CIENTE DESSA IMPORTANCIA

DIAGNÓSTICO:

FRATURA?

12/06/2019
A CAXANGÁ 24h
Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM: 117294

Dr. A RIBEIRO PLESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
288472-GILIADE JONAS BRÁSIL

Sexo: Contatos:
MASCULINO

Mãe:
MARIA DE FATIMA DA SILVA

Idade: Nascimento:
25a 5m 3d 19/05/1994

/ 81-988553045

Endereço:

RUA FIRMINO DE BARROS, 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

Data do Atendimento: 26/06/2019

Prontuário: 002884/2

Nº Atendimento: 01316779

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

Conduta:

SOLICITO RX
TALA + ORIENTAÇÕES - AO AMBULATORIO + ALTA

DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILIADE JONAS BRASIL

BANCO: 341

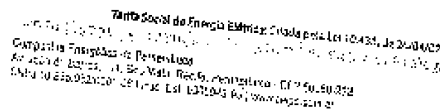
AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000060464-0

Autenticação:

977F6ECA011C5B39AF194A4BE049F5444E013BD15F0C02FA023E4F2DE7BF7FD1





Copyright © 2000 by John Wiley & Sons, Inc.

[illegible]

COMPLAINT

HI RESOLUTION
RESOLVE

44-762620-20
DATE OF REVISION

webpage

NOTA FISCAL

REFLECTIONS

Figure 3

၂၀၁၆-၁၇

5417a

¹501 (1977-78).

DATE	
TIME	

[illegible]

၁၆၂၆

08/02/2018
FOUO, A. B. 2018

-124024301-

...

.....

138.59

1. Classification
 2. Structure
 3. Properties

CHRONOLOGIC	PRINCIPAL (19)	VALOR (19)
1911	1911	1911
1912	1912	1912
1913	1913	1913
1914	1914	1914
1915	1915	1915
1916	1916	1916
1917	1917	1917
1918	1918	1918
1919	1919	1919
1920	1920	1920
1921	1921	1921
1922	1922	1922
1923	1923	1923
1924	1924	1924
1925	1925	1925
1926	1926	1926
1927	1927	1927
1928	1928	1928
1929	1929	1929
1930	1930	1930
1931	1931	1931
1932	1932	1932
1933	1933	1933
1934	1934	1934
1935	1935	1935
1936	1936	1936
1937	1937	1937
1938	1938	1938
1939	1939	1939
1940	1940	1940
1941	1941	1941
1942	1942	1942
1943	1943	1943
1944	1944	1944
1945	1945	1945
1946	1946	1946
1947	1947	1947
1948	1948	1948
1949	1949	1949
1950	1950	1950
1951	1951	1951
1952	1952	1952
1953	1953	1953
1954	1954	1954
1955	1955	1955
1956	1956	1956
1957	1957	1957
1958	1958	1958
1959	1959	1959
1960	1960	1960
1961	1961	1961
1962	1962	1962
1963	1963	1963
1964	1964	1964
1965	1965	1965
1966	1966	1966
1967	1967	1967
1968	1968	1968
1969	1969	1969
1970	1970	1970
1971	1971	1971
1972	1972	1972
1973	1973	1973
1974	1974	1974
1975	1975	1975
1976	1976	1976
1977	1977	1977
1978	1978	1978
1979	1979	1979
1980	1980	1980
1981	1981	1981
1982	1982	1982
1983	1983	1983
1984	1984	1984
1985	1985	1985
1986	1986	1986
1987	1987	1987
1988	1988	1988
1989	1989	1989
1990	1990	1990
1991	1991	1991
1992	1992	1992
1993	1993	1993
1994	1994	1994
1995	1995	1995
1996	1996	1996
1997	1997	1997
1998	1998	1998
1999	1999	1999
2000	2000	2000
2001	2001	2001
2002	2002	2002
2003	2003	2003
2004	2004	2004
2005	2005	2005
2006	2006	2006
2007	2007	2007
2008	2008	2008
2009	2009	2009
2010	2010	2010
2011	2011	2011
2012	2012	2012
2013	2013	2013
2014	2014	2014
2015	2015	2015
2016	2016	2016
2017	2017	2017
2018	2018	2018
2019	2019	2019
2		

[illegible]

MÉDIA UNO		VALOR DO IMPORTE		COMPOSIÇÃO DO CREDENCIAMENTO			
DATA	VALOR	RECEITA	DE	CONTRIBUÍDO	VALOR		
01/01/1990	100	100	100	Contribuição de Fomento	95	37,51	32,40%
02/01/1990	100	100	100	Transferências	95	37,51	32,40%
03/01/1990	100	100	100	União (Fundo de Amparo)	95	37,51	32,40%
04/01/1990	100	100	100	União (Fundo de Amparo)	95	37,51	32,40%
05/01/1990	100	100	100	União (Fundo de Amparo)	95	37,51	32,40%
06/01/1990	100	100	100	União (Fundo de Amparo)	95	37,51	32,40%
07/01/1990	100	100	100	União (Fundo de Amparo)	95	37,51	32,40%
08/01/1990	100	100	100	União (Fundo de Amparo)	95	37,51	32,40%
09/01/1990	100	100	100	União (Fundo de Amparo)	95	37,51	32,40%
10/01/1990	100	100	100	União (Fundo de Amparo)	95	37,51	32,40%
11/01/1990	100	100	100	União (Fundo de Amparo)	95	37,51	32,40%
12/01/1990	100	100	100	União (Fundo de Amparo)	95	37,51	32,40%

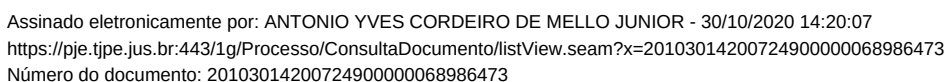
[illegible]

As condições de trabalho
são precárias, os salários são
baixos, há falta de segurança,
serviço de saúde ruim, falta de
educação, falta de lazer, falta de
comida, falta de higiene, falta de
saneamento básico e falta
de transporte público.

CONSUMO	ALICAT ANUAL R\$ 100,00	TEMP MÊS	COST TRAMITE	TEMP MÊS
200	0,00	4,00	4,00	
150	0,00	3,00	3,00	
100	0,00	2,00	2,00	
50	0,00	1,00	1,00	

TENSÃO NOMINAL (V)	ALICAT ANUAL R\$ 100,00	
	TEMP MÊS	COST TRAMITE
220	4,00	4,00

VALOR ALICAT ANUAL R\$ 100,00



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA																																																																																				
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JACQUES DE BARROS, 111 - BOA VISTA RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50750-002 CNPJ 06.935.812/0001-02 INSCRIÇÃO ESTADUAL 040843-03		 CELPE www.celpe.com.br			Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao cliente: 0800 261 0142 Dúvidas: 0800 262 5598 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-4167-Ligação Gratuita de Telefonia Fixa Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																																															
DADOS DO CLIENTE AMARO MANOEL DE OLIVEIRA PROXY DO WAGDO DE JESUS S. PAULO CPF: 10.718.134-23		DATA DE VENCIMENTO 26/12/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 27,21		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/12/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/12/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 007738072																																																																																
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA LITRENA S3 JARDIM SÃO PAULO RESERVA SETOR 22 RECIFE PE		CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofase no																																																																																		
RESERVADO AO FISCO EBCO.7057.822F C2DA.18E1.559A.885A.3F31																																																																																				
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Atividade</td> <td>30,01</td> <td>0,75727414</td> <td>22,71</td> </tr> <tr> <td>Acrescimo Bandeira AMARELA</td> <td></td> <td></td> <td>2,19</td> </tr> <tr> <td>Acrescimo Bandeira VERMELHA</td> <td></td> <td></td> <td>1,90</td> </tr> <tr> <td>ICMS Substituição RDE NF 30001733-061019</td> <td></td> <td></td> <td>0,41</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>27,21</td> </tr> </tbody> </table>		DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Atividade	30,01	0,75727414	22,71	Acrescimo Bandeira AMARELA			2,19	Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,90	ICMS Substituição RDE NF 30001733-061019			0,41	TOTAL DA FATURA			27,21	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">TAXAS APLICADAS</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>DEC 19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>NOV 19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>OUT 19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>SET 19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>AUG 19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>JUL 19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>JUN 19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>MAY 19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>ABR 19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>MAR 19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>FEB 19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>JAN 19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CONTA ENERGIA</td> <td>CONSUMO</td> <td>DEC 18</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>			TAXAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO		CONTA ENERGIA	CONSUMO	DEC 19	11	CONTA ENERGIA	CONSUMO	NOV 19	11	CONTA ENERGIA	CONSUMO	OUT 19	11	CONTA ENERGIA	CONSUMO	SET 19	11	CONTA ENERGIA	CONSUMO	AUG 19	11	CONTA ENERGIA	CONSUMO	JUL 19	11	CONTA ENERGIA	CONSUMO	JUN 19	11	CONTA ENERGIA	CONSUMO	MAY 19	11	CONTA ENERGIA	CONSUMO	ABR 19	11	CONTA ENERGIA	CONSUMO	MAR 19	11	CONTA ENERGIA	CONSUMO	FEB 19	11	CONTA ENERGIA	CONSUMO	JAN 19	11	CONTA ENERGIA	CONSUMO	DEC 18	11
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																																																	
Consumo Atividade	30,01	0,75727414	22,71																																																																																	
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,19																																																																																	
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,90																																																																																	
ICMS Substituição RDE NF 30001733-061019			0,41																																																																																	
TOTAL DA FATURA			27,21																																																																																	
TAXAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																																		
CONTA ENERGIA	CONSUMO	DEC 19	11																																																																																	
CONTA ENERGIA	CONSUMO	NOV 19	11																																																																																	
CONTA ENERGIA	CONSUMO	OUT 19	11																																																																																	
CONTA ENERGIA	CONSUMO	SET 19	11																																																																																	
CONTA ENERGIA	CONSUMO	AUG 19	11																																																																																	
CONTA ENERGIA	CONSUMO	JUL 19	11																																																																																	
CONTA ENERGIA	CONSUMO	JUN 19	11																																																																																	
CONTA ENERGIA	CONSUMO	MAY 19	11																																																																																	
CONTA ENERGIA	CONSUMO	ABR 19	11																																																																																	
CONTA ENERGIA	CONSUMO	MAR 19	11																																																																																	
CONTA ENERGIA	CONSUMO	FEB 19	11																																																																																	
CONTA ENERGIA	CONSUMO	JAN 19	11																																																																																	
CONTA ENERGIA	CONSUMO	DEC 18	11																																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th>ICMS</th> <th>PIS</th> <th>COFINS</th> <th></th> </tr> <tr> <td>BASE DE CÁLCULO</td> <td>VALOR DO IMPOSTO</td> <td>BASE DE CÁLCULO</td> <td>VALOR DO IMPOSTO</td> </tr> <tr> <td>24,02</td> <td>1,2552</td> <td>6,00</td> <td>24,02</td> </tr> </tbody> </table>		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				ICMS	PIS	COFINS		BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	24,02	1,2552	6,00	24,02	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th>INTERMISSÃO</th> <th>CONSUMO</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> </tr> <tr> <td>ON-Mode (sem modo Standby)</td> <td>0,02</td> <td>0,12</td> <td>0,12</td> </tr> <tr> <td>ON-Mode (sem modo Standby)</td> <td>0,02</td> <td>0,12</td> <td>0,12</td> </tr> <tr> <td>ON-Mode (sem modo Standby)</td> <td>0,02</td> <td>0,12</td> <td>0,12</td> </tr> </tbody> </table>			DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES				INTERMISSÃO	CONSUMO	VALOR	VALOR	ON-Mode (sem modo Standby)	0,02	0,12	0,12	ON-Mode (sem modo Standby)	0,02	0,12	0,12	ON-Mode (sem modo Standby)	0,02	0,12	0,12																																												
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																																				
ICMS	PIS	COFINS																																																																																		
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO																																																																																	
24,02	1,2552	6,00	24,02																																																																																	
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES																																																																																				
INTERMISSÃO	CONSUMO	VALOR	VALOR																																																																																	
ON-Mode (sem modo Standby)	0,02	0,12	0,12																																																																																	
ON-Mode (sem modo Standby)	0,02	0,12	0,12																																																																																	
ON-Mode (sem modo Standby)	0,02	0,12	0,12																																																																																	
DEMONSTRATIVO DE CONSUNTO DA NOTA FISCAL		INFORMAÇÕES IMPORTANTES																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NUMERO</th> <th>TIPO</th> <th>DATA</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000000000000000</td> <td>CONTA</td> <td>26/12/2019</td> <td>27,21</td> <td>27,21</td> <td>27,21</td> <td>27,21</td> <td>27,21</td> </tr> </tbody> </table>		NUMERO	TIPO	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	00000000000000000000	CONTA	26/12/2019	27,21	27,21	27,21	27,21	27,21	Requer no ponto de venda a emissão de uma cópia impressa desta fatura para fins de controle de consumo e pagamento. Esta fatura é emitida em nome da CELPE e não pode ser utilizada para fins de controle de consumo e pagamento. Esta fatura é emitida em nome da CELPE e não pode ser utilizada para fins de controle de consumo e pagamento.																																																																		
NUMERO	TIPO	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR																																																																													
00000000000000000000	CONTA	26/12/2019	27,21	27,21	27,21	27,21	27,21																																																																													
INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEL DE TENSÃO																																																																																		
Requer no ponto de venda a emissão de uma cópia impressa desta fatura para fins de controle de consumo e pagamento. Esta fatura é emitida em nome da CELPE e não pode ser utilizada para fins de controle de consumo e pagamento. Esta fatura é emitida em nome da CELPE e não pode ser utilizada para fins de controle de consumo e pagamento.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>120</td> <td>100 - 130</td> </tr> </tbody> </table>			TENSÃO NOMINAL	LIMITE DE VARIAÇÃO	120	100 - 130																																																																												
TENSÃO NOMINAL	LIMITE DE VARIAÇÃO																																																																																			
120	100 - 130																																																																																			
PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CONTA CONTRATO</th> <th>MÊS/ANO</th> <th>TOTAL A PAGAR (R\$)</th> <th>VENCIMENTO</th> <th>VALOR DE PAGAMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>004007535266</td> <td>12/2019</td> <td>27,21</td> <td>26/12/2019</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	VALOR DE PAGAMENTO	004007535266	12/2019	27,21	26/12/2019		Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Esta fatura será usada em leitura ótica.																																																																								
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	VALOR DE PAGAMENTO																																																																																
004007535266	12/2019	27,21	26/12/2019																																																																																	



AVISO IMPORTANTE!
Utilizar a opção "TÍTULO" quando for pagar em terminais de Auto-Atendimento.

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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, zelar, examinar e identificar as contradições suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.126/98.

Pelo exposto, eu AMARO MANOEL DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.968.034-20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILADE JONAS BRASIL inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.680.144-23 do sinistro de DPVAT cobertura FUNERAL DE da Vítima GILADE JONAS BRASIL inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.680.144-23 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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 LORENA</u>		Número <u>50</u>	Complemento
Bairro <u>JARDIM SÃO PAULO</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50790-090</u>
Email <u>LUIZOLIVEIRA177@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3334-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9 8726-5003</u>

RECIFE 07 de FEVEREIRO de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante





Nome:
288472-GILIADE JONAS BRASIL

Idade: 25a 5m 3d Nascimento: 19/05/1994

Sexo: Masculino Contatos: / 81-988553045

Mãe:
MARIA DE FATIMA DA SILVA

Endereço:
RUA FIRMINO DE BARROS, 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

Data do Atendimento: 26/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316779

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO HA CERCA DE 2 HORAS APRESENTANDO DOR EM COTOVELO DIREITO: SEM SINAIS DE TCE, NEGE DOR CERVICAL E OU BACIA.

EXAME FÍSICO:

DOR E EDEMA EM COTOVELO DIREITO + ADM LIMITADA, NÃO ENTANDO, COM EXTENSÃO ATIVA COMPLETA DO COTOVELO
RX: FRATURA SEM DESVIO E INCOMPLETA DO OLECRANO DIREITO
INFORMADO AO PACIENTE A IMPORTANCIA DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, O MESMO FICANDO CIENTE DESSA IMPORTANCIA

DIAGNÓSTICO:

FRATURA?

12/06/2019 14:20:07
A CAXANGÁ 24h
Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM: 117294

Dr. A RIBEIRO PLESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
288472-GILIADE JONAS BRÁSIL

Sexo: Contatos:
MASCULINO

Mãe:
MARIA DE FATIMA DA SILVA

Idade: Nascimento:
25a 5m 3d 19/05/1994

/ 81-988553045

Endereço:

RUA FIRMINO DE BARROS, 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

Data do Atendimento: 26/06/2019

Prontuário: 002884/2

Nº Atendimento: 01316779

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

Conduta:

SOLICITO RX
TALA + ORIENTAÇÕES - AO AMBULATORIO + ALTA

DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome:
288472-GILIADE JONAS BRASIL

Sexo: Contatos:
MASCULINO / 81-988553045

Mãe:
MARIA DE FATIMA DA SILVA

Idade: Nascimento:
25a 5m 3d 19/05/1994

Endereço:
RUA FIRMINO DE BARROS, 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

Data do Atendimento: 27/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316792

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: FRANCISCO MATHEUS CRM: Nº 25068

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE ENCAMINHADO DA ORTOPEDIA PARA AVALIAÇÃO DE CORTE-CONTUSO EM REGIÃO MANDIBULAR SANGRANTE, RELATA QUE APRESENTOU COLISÃO BICICLETA-MOTO HA APROXIMADAMENTE 2 HORAS, NEGA TCE.

EXAME FÍSICO:

CORTE CONTUSO EM REGIÃO MANDIBULAR COM SANGRAMENTO DISCRETO.

DIAGNÓSTICO:

CORTE EM REGIÃO MANDIBULAR

Handwritten signature and stamp of Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:

288472-GILADE JOMAS BRASIL

Sexo: Contatos:

MASCULINO

/ 81-988553045

Idade:

25a 5m 3d

Nascimento:

19/05/1994

Data do Atendimento: 27/06/2019

Prontuário: 00288472

Nº Atendimento: 01316792

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: FRANCISCO MATHEUS CRM: Nº 25068

Mãe:
MARIA DE FATIMA DA SILVA

Endereço:

RUA FIRMINO DE BARROS, 156 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50630160

Conduta:

SOLICITO LIMPEZA PARA AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE SUTURA

FRANCISCO MATHEUS CRM: Nº 25068

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:20:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014200724900000068986473>
Número do documento: 20103014200724900000068986473

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-06-26 23:09:09

	Nome Paciente:	GILIADE JONAS BRASIL
	Cód. Paciente:	288472
	Data de Nascimento:	19/05/1994
	Sexo:	Masculino
	Idade:	25
	Senha:	OR0055
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1316779 

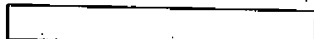
SAME:

Período: 2019-06-26 23:09:09 - 2019-06-26 23:13:05

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

 AMARELO

Queixa Principal:

COLISAO BICICLETA -MOTO E DOR EM COTOVELO DIREITO

Observação:

ALERGIA -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-10-21 07:41:29





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: GILIADE JONAS BRASIL

1. Ocorrência da Emergência:

1.1 - Atendimentos em: 23/08/19

1.2 - Às horas e minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1123686

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em: 06/09/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO OLECRANO DIREITO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 02/09/19 - REDUÇÃO CRUENTA - FIXAÇÃO DE FIOS DE AÇO.

5. Observação: COLISÃO BICICLETA X MOTO EM 26/06/19.
TRATAMENTO CONSERVADOR.
NÃO EVOLUIU COM SUCESSO.

DATA: 13.12.2019
HORA: 14:37:30
PASTA: 01.12.2019
GSL
RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.





HOSPITAL GETULIO VARGAS ADMISSÃO DE PACIENTE



Atendimento: 761435

Especialidade:

Data e Hora: 23/08/2019 15:38

Paciente: 1123686 GILIADE JONAS BRASIL

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 19/05/1994 Idade: 25 anos Convenio: 1 SUS - INTERNACAO

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Nome do Pai:

Nº Conselho: 27559

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Profissional: MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO

Endereço: RUA FIRMINO DE BARROS

156

Bairro: CORDEIRO

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: MARIZAMVM

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF: 09768014423

Fone: 32299969

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

Clínica: CLINICA TRAUMATOLOGICA

Enfermaria: TRAU 104

Leito: CLTRAU 104-01

CID:

Temperatura: ()

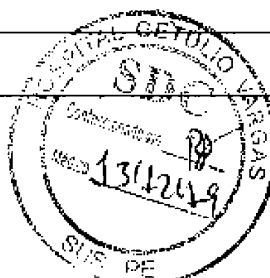
Respiração: ()

Pressão Arterial: ()

Pulso: ()

EVOLUÇÃO

A genitora compareceu ao setor
para pedir o internamento.
Paciente encontrada no leito.





FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO

SETOR;

DATA DE ADMISSÃO

22.08.2010

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

CRIANCAS < OU IGUAL 5 ANOS

COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

PREJUIZO DO EQUILIBRIO DA MARCHA

DEFICITE SENSITIVO ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

HISTORIA PREVIA DE QUEDA

3) TERÇA-CO METABÓLICA (EX HIPOGLICEMIA)

OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

SEDACÃO/ANESTESIA

MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

URGENCIA URINARIA/INTESTINAL

HIPOSENSIBILIZANTE

PACIENTE CIRÚRGICO

Caso o paciente apresente um ou mais fatores de risco, colocar pulseira roxa no MSD

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE AFILIA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SEM

ASSINATURA ORIENTADOR:

1. NAME

RECOMENDACÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranqüilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

Maci Amorim dos Prazer

$$A = \begin{pmatrix} 1 & 0 & 0 \\ 0 & 1 & 0 \\ 0 & 0 & 1 \end{pmatrix}, \quad B = \begin{pmatrix} 1 & 0 & 0 \\ 0 & 1 & 0 \\ 0 & 0 & 1 \end{pmatrix}, \quad C = \begin{pmatrix} 1 & 0 & 0 \\ 0 & 1 & 0 \\ 0 & 0 & 1 \end{pmatrix}, \quad D = \begin{pmatrix} 1 & 0 & 0 \\ 0 & 1 & 0 \\ 0 & 0 & 1 \end{pmatrix}$$
$$q_1 = 2.57 \times 10^{-10} \text{ C/m}^2$$

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

¹ 45.9% (24/52) 70.1%





| | | | |
|-----------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| GILIADE JONAS BRASILE | | 01123686 | 203097387380 |
| 761435 | MASCULINO | 25a 3m 18d | CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU |

Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO

Tratamento:

02/09/19: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIO DE CERCLAGEM E 02 FIOS K

OBS:

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: 01 CP, VO DE 6/6H POR 07 DIAS. ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA EM 2 SEMANAS; 3) FISIOTERAPIA MOTORA: CARGA ZERO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO; 4) CURATIVO DIÁRIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGÊNCIA;

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

| DATA DA INTERNAÇÃO | DATA DA ALTA |
|--------------------|--------------|
| 23/08/2019 | 06/09/2019 |

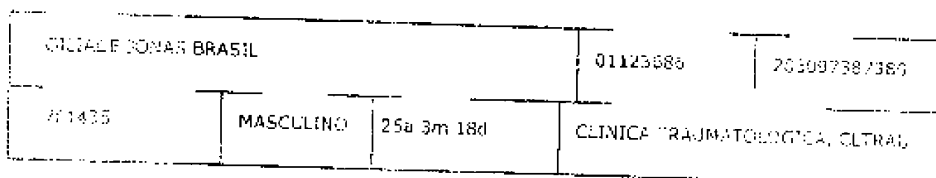
Dr. Maurício César
Médico
CRM/PE: 27.559

Recife, 06 DE SETEMBRO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM. Nº.27519

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





_____Diagnosis_____

WILLIAM L. HENNINGSEN

4. Tratamiento: _____

22) 15. REDUÇÃO CRUENTA + LIGACÃO COM FIO DE TERCIAÇÃO E 02 #10S K

---035: _____

[illegible]

Dr. Maria do Carmo
Ladico
CRM-PE: 27.559

Dr. Marjorie Gazar
Medico
GRUPE: 27-559

| | |
|-----------------|--------------|
| DATA DE ENTREGA | DATA DA ALTA |
| 06/09/2010 | 06/09/2010 |

Dr. Mauricio C  zar
Médico
904-PE-27.559

Rechts, 01.01.2019, 10:12:23

MAURICIO CEZAR RODRIGUES SERRA, INC - CRM 109.273/96

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (21) 3184-5600



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:20:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014200724900000068986473>
 Número do documento: 20103014200724900000068986473



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: GILIADE JONAS BRASIL

Prontuário: 01123686

Data de Nascimento: 19/05/1994

Idade: 25a 3m 4d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

S52.0

Feito o Exame de ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA + TAC

Observação:

HDA: PACIENTE RELATA ACIDENTE (COLISÃO BICICLETA X MOTO) COM TRAUMA EM MSD EM 26/06/19.
HD: FRATURA DE OLECRANO DIREITO
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO AXILOPALMAR EM MSD. EM CONSULTA AMBULATORIAL (23/08/19)
VERIFICOU-SE NECESSIDADE DE REALIZAR TRATAMENTO CIRURGICO. SERA REALIZADO INTERNAMENTO HOJE (23/08/19) PARA
PROGRAMAÇÃO CIRURGICA.

Dr. Mauricio César
Médico
CRM/PE 27559

Recife, 23 DE AGOSTO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

.Nome do paciente: GILADE JONAS BRASIL

.Registro: 1123686

.Data da operação: 02/09/2019

Operador: DR CLEBER MACIEL
2º aux: DR LEVI DIOGENES (MR3)

1º auxiliar: DR JOSÉ VÍCTOR MR1

Anestesista: DR ALENA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE
OLÉCRANO DIREITO

Descrição operatória:

1. Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexip
2. Assepsia e antissepsia;
3. Aposição de campos estéreis;
4. Acesso posterior ao cotovelo, sob topografia do olécrano lateralmente
5. Identificado foco de fratura de olécrano
6. Limpeza copiosa com SF 0,9%;
7. Realizado redução cruenta + fixação com fio de cerclagem com banda de tensão + 2 fios de kirschner.
8. Controle radioscópico satisfatório
9. Sutura por planos
10. Observada boa perfusão distal após o procedimento

Dr. José Victor M. Lucena

CRM 10.123





| | | | |
|---------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| GLAUBE JONAS BRASIL | | 01123686 | 203037387386 |
| 761435 | MASCULINO | 25a 3m 18d | CLÍNICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU |



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE OMBRÃO DIREITO

Tratamento:

02/09/19 - REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIO DE CERCLAGEM E 02 FIOS K

OBS:

ORIENTAÇÕES: 1) LEVANTE/NA STING: 01 CP, VO DE 6/6H POR 07 DIAS, ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO AMBULATORIO DO TRAUMATOLOGIA; 3) FISIOTERAPIA MOTORA, CARGA ZERO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO; 4) CURATIVO DIÁRIO E; 5) EM CASO DE FEBRE E OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGÊNCIA;

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOM CONDIÇÃO CLÍNICA

Dr. Mauricio Cezar
Médico
CRM-PE-27.559

DATA DA INTERNAÇÃO

03/09/2019

DATA DA ALTA

06/09/2019

Dr. Mauricio Cezar
Médico
CRM-PE-27.559

Recife, 03 de SETEMBRO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO SLEZINO - CRM: 29427359

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 27/06/2019 01:12:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: GILIADE JONAS BRASIL

R.G. 8449992

PESO:

IDADE: 25 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 19/05/1994

PRESTADOR ASSISTENTE: DALMY PINHEIRO SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 26/06/2019 23:22:10

ATENDIMENTO: 1316779

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: MARCAR CONSULTA NO AMBULATOTIO DE ORTOPEDIA.

Dalmy Pinheiro de Sousa
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 23456
DALMY PINHEIRO SOUZA
CRM-23456

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1217281946



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO



NOME
FRANCISCO MANOEL DE OLIVEIRA

DOS IDENTIFICADORES DE IDENTIFICACAO
1330530 252 PE

CPF
101.948.034-20

DATA DE NASCIMENTO
03/10/1945

FUNÇÃO
FRANCISCO MANOEL DE OLIVEIRA
OLIVEIRA
MARIA JOSE DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

REC
REC

CEMS
5

Nº REGISTRO
01472573258

VALIDADE
25/11/2011

VALIDACAO
02/08/1974

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÕES

Francisco Manoel de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSAO
25/11/2015

[Assinatura]

ASSINATURA DO FISSOR

91554095198

PE063899185

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1217281946

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080625

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILIADE JONAS BRASIL

Data do acidente: 26/06/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO. PAG 6

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações:

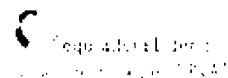
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065172/20
Vítima: GILIADE JONAS BRASIL
CPF: 097.680.144-23
Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/06/2019
Titular do CPF: GILIADE JONAS BRASIL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AMARO MANOEL DE OLIVEIRA : 101.968.034-20

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

GILIADE JONAS BRASIL : 097.680.144-23

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA
CPF: 101.968.034-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: GILIADE JONAS BRASIL

Brasileiro (a) Estado civil SOLTEIRO

Profissão ESTUDANTE, Residente e Domiciliado á

Rua FIRMINO DE BARROS N. 156,

Bairro CORDEIRO, Município de RECIFE, Estado

de(o) PE CEP 50630-160, Portador(a) do RG

n. 8.449.992, SSP/..... e CPF n. 097.680.144-23

OUTORGADO: **AMARO MANOEL DE OLIVEIRA,**

Brasileiro (a) Estado civil: **VIUVO**,

Profissão: **AUTONOMO**, Residente e Domiciliado á

Rua Lorena 50, Bairro Jardim São Paulo

, Município de Recife, Estado de (o) Pernambuco

CEP 50790 030, Portador(a) do RG 1.310.620, SSP/PE e CPF 101.968.034-20

Por esse instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a) para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consórcio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o (a) SR.(a) GILIADE JONAS BRASIL, ocorrido em 26/08/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo na cobertura de INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamentos/crédito de indenização do sinistro DPVAT para pagamentos de quitação da indenização de sinistro DPVAT, em fim requer assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

4 de Outubro de 2019

Giliasde Jonas Brasil

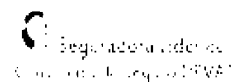
Outorgante

OBS: RECONHECER POR AUTENTICIDADE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VARZEA)
Avenida Coxim, 3485 - Ilhópolis - CEP: 50760-000 - Fone: (51) 3422-3000
Reconheço por AUTENTICIDADE a linha indicada de
GILIADE JONAS BRASIL
lançada em minha presença, do(a)
Recife 04 de outubro de 2019, às 16:39
Carla Gold Marinho Souza Escrivente Autorizada
Selo 0078240-KERC9201905.0256A
Emitido em 04/10/2019 às 16:39:04 PE 1500-10.08 PERC 41.0.40 SB 14.0.20 TOTAL R\$ 4,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065172/20

Vítima: GILIADE JONAS BRASIL

CPF: 097.680.144-23

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILIADE JONAS BRASIL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AMARO MANOEL DE OLIVEIRA : 101.968.034-20

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

GILIADE JONAS BRASIL : 097.680.144-23

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA
CPF: 101.968.034-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

