



Número: **0007116-88.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A)) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13174 0834	28/04/2023 10:14	<u>2796214_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

PROCESSO: 00071168820218172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente** na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143893100000128697931>
Número do documento: 23042810143893100000128697931

Num. 131740834 - Pág. 1

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143893100000128697931>
Número do documento: 23042810143893100000128697931

Num. 131740834 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143893100000128697931>
Número do documento: 23042810143893100000128697931

Num. 131740834 - Pág. 3



Número: **0007116-88.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A)) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13174 0835	28/04/2023 10:14	<u>ANEXO 1</u>	Ações processuais\Documento de Comprovação



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, 20 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200389076

Vítima: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Data do Acidente: 21/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NAGIO RODRIGUES DA CUNHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000061807-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: CRM: <i>Battinia Braga Medica CRM 11.825</i>	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:		PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____			
RG Nº _____ ORG. EXP. _____ UF _____			
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/04/2023 10:14:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1c/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143921500000128697932>

<https://pje.tjpe.jus.br:443/lgi/Processo/ConsultaDocumento/lis>

Num. 131740835 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE												
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 718585034-77	4 - Nome completo da vítima: Jose Navison Rodrigues da Cunha													
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012																
5 - Nome completo: Jose Navison Rodrigues da Cunha	6 - CPF: 718585034-77	9 - Número: 700	10 - Complemento: casa	11 - Bairro: Avanca												
7 - Profissão: Recusou-se	8 - Endereço: Rua Maria Isabela	12 - Cidade: Gravataí	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55640-000												
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (81) 9668-4814															
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR																
17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:															
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).																
19 - Profissão do Representante Legal:																
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:																
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00													
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00													
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</td> <td><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td>Nome do BANCO: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td>AGÊNCIA: _____ CONTA: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> <td>(Informar o dígito se existir)</td> </tr> <tr> <td>AGÊNCIA: 0943</td> <td>CONTA: 61807</td> </tr> <tr> <td>(Informar o dígito se existir)</td> <td>(Informar o dígito se existir)</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: 0943	CONTA: 61807	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)															
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____															
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____															
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	(Informar o dígito se existir)															
AGÊNCIA: 0943	CONTA: 61807															
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)															
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:																
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.																
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.																
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo																
24 - Data do óbito da vítima:																
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:													
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nasцturo (velhastros)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não												
			32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não												
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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 rogo/a pedido																
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido																
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido																
40 - Local e Data, Gravataí, 28/09/20																
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)																
43 - Assinatura do Procurador (se houver)																

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHAS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: CRM: <i>Bartiria Braga Medica CRM 11 825</i>	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	

CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA

SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		

PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS:

A: _____ mmHg Temp. _____ °C

VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA

EU,	ORG. EXP.	UF
RG N°	_____	
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE	AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,	
ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO		
MÉDICO ENCAMINHADOR.		

*20/04/2023
PROTÓCOLO*





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **20E0152002326**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2020** às **10:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/6/2020** às **11:07**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 1** - Bairro: **CENTRO** -
GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA (AUTOR \ AGENTE)
JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**

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

JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DIMAS** Pai: **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA** Data de Nascimento: **28/2/2001** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 1, SÍTIO MARIA IZABEL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSÉ RODRIGUES DA CUNHA** FILHO Pai: **ANA PAULINA DA SILVA** Data de Nascimento: **7/3/1972** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA DE PLACA PGD7731 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NAGIO RODRIGUES DA CUNHA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD7731** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

COMPRA
28 OUT 2020
PROTÓCOLO

Complemento / Observação

O SR. NAGIO, PAI DA VITIMA, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PGD7731, QUANDO UM CACHORRO AVANÇOU EM DIREÇÃO A MOTOCICLETA, JOSÉ NAVISON ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA, E COMO O CONDUTOR (SEU GENITOR) SE DESEQUILIBROU, JOSÉ CAIU AO SOLO, SOFRENDO ALGUNS FERIMENTOS NO PÉ ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA EM CARUARU.



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

José Navison Rodrigues da Cunha

JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

(VITIMA)

Nacio Rodrigues da Cunha

NACIO RODRIGUES DA CUNHA

(AUTOR | AGENTE)

B.O. registrado por: **MILKAINE LIMA DA SILVA** - Matrícula: **2730588**

[Signature]



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: CRM: <i>Battinia Braga Medica CRM 11.825</i>	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____			
RG Nº _____ ORG. EXP. _____ UF _____			
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/04/2023 10:14:39
https://pie.tipe.ius.br:443/1c/Processo/ConsultaDocumento/list/view_seam?x=23042810143921500000128697932

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/115>

Num. 131740835 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE								
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 718585034-77	4 - Nome completo da vítima: Jose Navison Rodrigues da Cunha									
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012												
5 - Nome completo: Jose Navison Rodrigues da Cunha	6 - CPF: 718585034-77	9 - Número: 700	10 - Complemento: casa	11 - Bairro: Avanca								
7 - Profissão: Recusou-se	8 - Endereço: Rua Maria Isabela	12 - Cidade: Gravataí	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55640-000								
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (81) 9668-4814											
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR												
17 - Nome completo do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:											
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).												
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:												
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00									
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00									
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</td> <td><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td>Nome do BANCO: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Caja Económica Federal (104)</td> <td><input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Caja Económica Federal (104)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)											
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____											
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)											
<input type="checkbox"/> Caja Económica Federal (104)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)											
AGÊNCIA: 0943	CONTA: 61807	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)								
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:												
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.												
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.												
23 - Declaração de únicos beneficiários - Preenchimento somente para cobertura de morte												
24 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente								
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:								
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nasцturo (velhastros)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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 rogo/a pedido				38 - 1º Nome: _____ CPF: _____							
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido					Assinatura da testemunha: 29 OUT 2029							
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido					39 - 2º Nome: _____ CPF: _____							
40 - Local e Data, _____ Gravataí, 28/09/20					Assinatura da testemunha: PROTÓCOLO							
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)					43 - Assinatura do Procurador (se houver)							

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHAS



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000061807-0

Nr. da Autenticação 9322E50F7D510B5E



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143921500000128697932>
Número do documento: 23042810143921500000128697932

Num. 131740835 - Pág. 9



Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/06/2002

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENTRADA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-907
CNPJ 10.825.832/0001-08 | Inscrição Estadual: 0000043-93 | www.energia.com.br

DADOS DO CLIENTE

NARCÍO RODRIGUES DA CUNHA
PRÓX A FAZENDA CASCASVEL
CPF: 765.976.634-20 NIS: 16643337469

CLASSIFICATION

CLASSIFICAÇÃO

B1: RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NS
Morada/Área

NP DA NOTA FISCAL	DATA	VALOR
110820011	01/08/2020	100000000
RESUMO	DATA	NP DA NOTA FISCAL
10082020	2001176758	1302808

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

© MARY ANN ZABRUDZI, 2000

DI MARIA IZABEL 703

第六章 项目管理

GRAVATAPE

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TI/SD ate 30 kWh	30.29000000	0,10853020	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh	70.00000000	0,18778925	13,14
Consumo-TUDI superior a 100 ate 220 kWh	16.00000000	0,28184400	4,50
Consumo-TE ate 30 kWh	30.00000002	0,09265398	2,80
Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh	70.00000000	0,18554988	11,23
Consumo-TE superior a 100 ate 230 kWh	16.00000000	0,24082454	3,95
Comb. Ium. Pública/Municipal			7,74
Multa por atraso-NF 116893498 - 20/07/20			1,98
Juros por atraso-NF 116893498 - 20/07/20			0,09
Avulsação ICPI-NF 116893498 - 20/07/20			8,20

TOTAL DE FATIGA

THE NORTHERN CALIFORNIA JOURNAL OF LITERATURE

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
114810	2+1	20/07/2012	38.667,00	10/08/2012	39.667,00	10	1.0000		1000,00

www.ijerpi.org

Digitized by srujanika@gmail.com

THE ECONOMIST APRIL 20, 2007

INFORMACIÓN IMPORTANTE
Frigorífico permanecerá en funcionamiento durante el período de garantía. No obstante, el fabricante no se responsabiliza de las reparaciones ni de los gastos de envío de los artículos que no estén cubiertos por la garantía.

As a result of the general
economic situation in Africa,
the number of visitors to
Africa has been declining.
However, the number of
visitors to South Africa
has been increasing.
This is due to the fact
that South Africa is a
stable and safe country.
The government of South Africa
has taken steps to
improve the economy
and to attract foreign
investment.

TÍTULOS E PREÇOS DA SÉRIE D				
EMENTA	VALOR APREENDIDO (R\$)	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	10,87	21,74	43,43
PIG	0,00	7,37	15,34	30,69
DHAC	0,00	0,99	1,60	3,00

NÚMERO DE SÉRIE	
LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
TRIMÉS. MENSAL (%)	MÍNIMO MÁXIMO
200	202 231
COMPROVANTE DE PRESENÇA E PRESTÊNCIA SIA	
29 OUT 2029	
PROTOCOLO	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2304281014392150000012869793>
Número do documento: 23042810143921500000128697932

Num. 131740835 - Pág. 10

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: CRM: <i>Bartiria Braga Medica CRM 11 825</i>	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:		PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____ RG Nº _____ ORG. EXP. _____ UF _____ NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTENDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			





Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/06/2002

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENTRADA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-907
CNPJ 10.825.832/0001-08 | Inscrição Estadual: 0000043-93 | www.energia.com.br

DADOS DO CLIENTE

NASIO RODRIGUES DA CUNHA
PRÓX A FAZENDA CASCABEL
CPF: 765.976.834-20 NIS: 16643337869

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classification

**EDIFÍCIO
B1: RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NS
Monte Alegre**

GRAVATA PE REBUNOON

REF ID	NAME	ADDRESS
110260011	ONICA	10/08/2020
1308/2020	2001178758	1302808

DATA CONTRATO	08/2020
2017/12/01	08/2020
DATA VERIFICA	09/09/2020
17/08/2020	09/09/2020
TOTAL A PAGAR	48,75

DESCRIÇÃO DA NOVA FICHA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TU/SD até 30 kWh	30.00000000	0,108592020	3,28
Consumo-TU/SD superior a 30 até 100 kWh	70.00000000	0,187776950	13,14
Consumo-TU/SD superior a 100 até 220 kWh	16.00000000	0,281848000	4,80
Consumo-TE até 30 kWh	30.00000000	0,092653880	2,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70.00000000	0,165948680	11,21
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	18.00000000	0,240872454	3,85
Centro Ilum. Pública Municipal			7,74
Multa por atraso-NF: 118883498 - 20/07/29			1,00
Juros por atraso-NF: 118883498 - 20/07/29			0,09
Abatização: GPM-NF: 118883498 - 20/07/29			0,20

TOTAL DE FADIGA

NON-IRRADIATED CONVENTIONAL AND

RESUMO MENSAL DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA										
Nº SIG.	TÍPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	LEITURA	MPDE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWH)
1144816	0-01	2023-02-28	2023-02-28	2023-03-28	2023-03-28	10.637,00	31	1.00000		116,00

1962年1月1日-1963年1月31日

As tecnologias que os
comunicam a realidade do mundo
que vivem, e que os levam a
interagir com o mundo, são
comunicação social, tecnologia
e cultura.

TÍTULOS E PREÇOS DA SÉRIE D				
EMENTA	VALOR APRESEN TADO (PESOS)	LIMITES MÍNIMOS	LIMITES MÁXIMOS	LIMITES ANUAIS
DIC	1,00	10,87	21,78	43,43
PIG	1,00	7,37	15,38	30,69
DIN	1,00	5,95	11,60	30,00

NÚMERO DE SÉRIE	
LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
TRIMÉS. MENSAL (%)	MINIMO MÁXIMO
200	202 231
COMPROVANTE DE PRESENÇA E PRESTÊNCIA SIA	
29 OUT 2029	
PROTOCOLO	
2029	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2304281014392150000128697932>
Número do documento: 2304281014392150000128697932

Núm. 131740835 - Pág. 12

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: CRM: <i>Bartiria Braga Medica CRM 11 825</i>	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:		PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____ RG Nº _____ ORG. EXP. _____ UF _____ NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTENDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: CRM: <i>Bartiria Braga Medica CRM 11 825</i>	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:		PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____ RG Nº _____ ORG. EXP. _____ UF _____ NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTENDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			





COMPRO
24 OUT 2020
VIA S/PRO
PROTÓCOLO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143921500000128697932>
Número do documento: 23042810143921500000128697932

Num. 131740835 - Pág. 15

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 11.0112245 expedido por SPI/PE em
22/04/2019 inscrito no CPF sob o nº: 718.585.034-77

residente: SI MARIA 12ABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA 12ABEL/AVENCA cidade: GRAVATÁ, Estado PE.

2. OUTORGADO: NACIO RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 4.276.209, expedido por SPI/PE em
15/10/1280, inscrito no CPF sob o nº: 755.976.834-20

residente: SI MARIA 12ABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA 12ABEL/AVENCA cidade: GRAVATÁ, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO –DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

Jose Navison Rodrigues da Cunha. Acidente ocorrido no

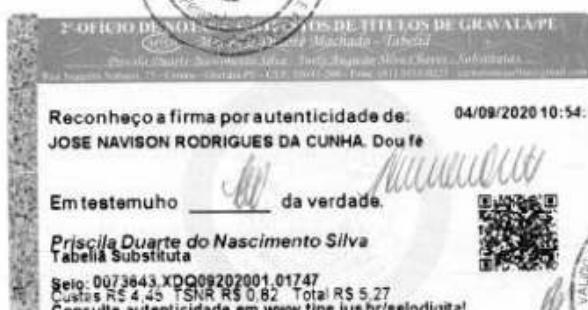
dia 21/06/1280 do sinistro de DPVAT da natureza _____.

Gravataí, 04 de setembro de 2020

OUTORGANTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA



(reconhecer firma por autenticidade)





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Magi Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Navison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o N° 718585034 / 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima José Navison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o N° 718585034 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>51 Maria Izabel</u>	Número	<u>700</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>M. Izabel</u>	Cidade	<u>Gravataí</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>(81)</u>	Telefone celular (DDD)	<u>9668-4814</u>

Gravataí, 28 de 09 de 20 24 OUT 2020
Local e Data

magi rocheius da cunha
Assinatura do Declarante

**COMPROVANTE DE FATO DE FICHA SIA
PROTOCOLO**





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 473265

PACIENTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

GENITORA: MARIA JOSE DIMAS

DATA DE NASCIMENTO: 28/02/2001

IDADE: 19

ENDEREÇO: SITIO MARIA ISABEL

BAIRRO: ZONA RURAL

PONTO DE REFERENCIA:

DATA: 21/06/2020

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 11:07

CNS:

TELEFONE: (81) 9388-8282

SEXO: Masculino COR: Sem Informação

Nº:

UF: PE

CEP:

CIDADE: GRAVATÁ

ACOMPANHANTE: NAGIO

HDA

Linde de mete com braume,
no MCE

EXAME FÍSICO

EXAMES SOLICITADOS

Fracture de la
main + fracture proximale de 3^{do} do MCE

HD

CID

DATA

24/06/2020

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

ORTO PEGO A - ST: 5960 205

PROTÓCOLO



FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

CRM 11 825
Barthia Brazil
Sundarban Assam
Bardia

MEDICO RESPONSAVEL / ASSINATURA / CARGO

ALTA	<input checked="" type="checkbox"/>	CURADO	<input type="checkbox"/>	MELHORADO	<input type="checkbox"/>	A PEDIDO	<input type="checkbox"/>	ADMISTRATIVO	<input type="checkbox"/>	6BTG	<input type="checkbox"/>	TRANSFERIDO	<input checked="" type="checkbox"/>
------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------	--------------	--------------------------	------	--------------------------	-------------	-------------------------------------

ALTA

DATA 06 2000

50

TEMP.	PROT.	PA.	HT	OUT 6/2021	IS ALI.	F.C.

SINAIS VITAISS

PRESCRIGÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 610258 Prontuário: 359901
Nome: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA
Data Nasc.: 28/02/2001 Idade: 19 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: 71858503477 RG: 11012245 CNS:
Endereço: SÍTIO MARIA IZABEL Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: GRAVATA Estado: PE
CEP: 55641135 Fone: 993888282 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: MARIA JOSE DIMAS
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO	Data: 21/06/2020 13:43	Médico: MEDICO PLANTONISTA
Queixa Principal / HDA: <i>Vitimado apontado ferido, apontado ferido</i>		
Exame Físico:	<i>ferimento no pé (E)</i> PA: _____ FC: _____ FR: _____	
Diag. Provisório:	<i>fratura de artilharia do pé E</i>	
<i>Rx pé (E) AP IP</i>		

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
RAIO-X
DATA 21/06/2020

Prescrição:	Dieta:	Horário
Data		
<i>Rx fratura do 5º metatarso</i>		
<i>Clínica 2021 150</i>		
<i>DATA 00000000</i>		
<i>24 OUT 2021</i>		
<i>PROTÓCOLO</i>		

1 de 2





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiares

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

Nome: _____

Nome: _____ RG: _____

Data:

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Acidente Familiar

Endereço: _____ **RG:** _____

Procedimento: _____

Diag. Definitive:

Assinatura

Destino de Recintos

() Alta () Cirurgia () Óbito () Falecido () F.

() Ano () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido () Transferência:

Condado de Alto

() Curado () Melhorado () Piorado () Sem efeito

Digitized by srujanika@gmail.com

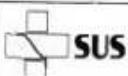
21/06/2020 13:43:31

Usuario do Atendimento
MARIAST

24 OUT 2022

Proprietary





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Dr. Navios Rodrigues

5 - N° DO PRONTUÁRIO

359901

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/02/2001

9 - SEXO

MASC 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria das Dinas

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Silva Maria Izabel

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Gravatá

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vítima de acidente de moto, apresenta fratura exposta do 5º metatarso (E)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

8 díver

*0408050705
0408050470*

3d 73.1

5422

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BNH/NETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*Dr. Waldemiro Soares da Silva
CET/183-024-0
08.365.024-0*

262610397868-0



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

PACIENTE: JOSÉ NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

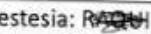
Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: 

1º Assistente:

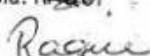
Instrumentador:

Anestesista: LUANA

Anestesia: 

Data da Operação: 21/06/2020

Ínicio:



Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO 5ºMTE(SEM DESVIO) + FRATURA EXPOSTA DO CUNEIFORME MEDIAL

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO 5ºMTE(SEM DESVIO) + FRATURA EXPOSTA DO CUNEIFORME MEDIAL

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

OBS: O MESMO APRESENTA MAIS DE 24 HRS DE EXPOSIÇÃO

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

8. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL + SOB ANESTESIA
9. ASSEPSIA E ANTISEPSIA
10. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
11. LIMPEZA COM SFO,9 % EM ABUNDÂNCIA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
12. SUTURA DA LESÃO DO PÉ ESQ
13. LIMPEZA + CURATIVO
14. RAIOS X DE CONTROLE

dom, 21 de junho de 2020

DR EVERTON VASCONCELOS CRM 22251/TEOT 15918


Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 8618
CREM/PE 22251
TEOT 15918



Data e hora retirada da senha: 21/06/2020 13:29

	Nome Paciente: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 28/02/2001
	Sexo: Masculino
	Idade: 19
	Senha: U0014
	Convênio:
	Atendimento:
	SAME:

Período: 21/06/2020 13:31 - 21/06/2020 13:36

ISAIAS DE OLIVEIRA FERREIRA - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PCT ORIUNDO DE GRAVATA, COLISÃO DE MOTO, COM FRACTURA DE FALANGE, COM MACA E SENHA 5960265

Medicamento(s): NEGA

Observação: HAS - DM-

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DEFORMAÇÃO?

- EDEMA?

- PROBLEMA RECENTE?

↳ specialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ISAIAS DE OLIVEIRA FERREIRA - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/06/2020 13:36

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

COMPRA
Página 1 de 1

29 OUT 2020

DATA: 2020-10-29



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143921500000128697932
Número do documento: 23042810143921500000128697932

Num. 131740835 - Pág. 24



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 21/06/2020 HORA DE ADMISSÃO: 17:40 HORA DA LIBERAÇÃO: _____

REGISTRO: 3547901 CIRURGIÃO: *Entor. Ibaracana* ANESTESISTA: *Luciana Borges*

NOME DO PACIENTE: *José Wilson Reanique da Costa*

PROCEDIMENTO REALIZADO: *Int. cirúrgico fral. Ex-Reta* PONTUAÇÃO FINAL: 09

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração:					
• Capacidade de respirar profundamente e tossir	2	2			
• Esforço respiratório limitado (dispneia ou imobilização)	1				
• Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica					
• > 80% do nível pré-anestésico	2	2			
• 50 a 80% do nível pré-anestésico	1				
• < 50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência:					
• Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço	2	2			
• Acorda quando chamado pelo nome	1				
• Não responde ao comando	0				
Coloração:					
• Coloração e aparência normais da pele	2	2			
• Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterica	1				
• Cianose evidente	0				
Atividade Muscular:					
Movimenta-se espontaneamente ou sob comando:					
• Capacidade de movimentar todas as extremidades	2				
• Capacidade de movimentar duas extremidades	1	1			
• Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				
Total:		09	09	09	09

Necessário para que receba Alta da Sala de Recuperação: 7,8 pontos

Observações:

24/06/2020

*Patrícia V. Mello
Enfermeira
DE 102121*



Estado Geral:

- | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|--------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Comprometido | <input type="checkbox"/> Grave | <input checked="" type="checkbox"/> Normocorado | <input type="checkbox"/> Hipocorado | <input checked="" type="checkbox"/> Anictérico |
| <input type="checkbox"/> Ictérico | <input type="checkbox"/> Cianótico | <input checked="" type="checkbox"/> Acianótico | <input checked="" type="checkbox"/> Hidratado | <input type="checkbox"/> Desidratado | <input type="checkbox"/> Anasarca |

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**Nível de Consciência:**

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Consciente | <input type="checkbox"/> Inconsciente | <input type="checkbox"/> Torporoso | <input checked="" type="checkbox"/> Sonolento | <input type="checkbox"/> Alerta |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------|

Nível de Orientação:

- | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Orientado | <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Sob Sedação |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

AR _____ RPM _____

Modo: _____ Fi O2: _____ PEEP: _____ Sat O2: _____

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Espontânea | <input type="checkbox"/> Traqueostomizada | <input type="checkbox"/> VM | <input type="checkbox"/> UNI c/O2 | <input type="checkbox"/> Venturi |
|-------------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

02 Suplementar 1/min:

- | | | | | |
|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cateter Nasal | <input type="checkbox"/> Macronebulizador | <input type="checkbox"/> Venturi | <input type="checkbox"/> Eupneico | <input type="checkbox"/> Dispneico |
| <input type="checkbox"/> Traquidispneico | <input type="checkbox"/> Bradipneico | | | |

Murmúrios Vesiculares:

- | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Presentes | <input type="checkbox"/> Ausentes | <input type="checkbox"/> Diminuídos | <input type="checkbox"/> Roncos | <input type="checkbox"/> Sibilos | <input type="checkbox"/> Estertores | <input type="checkbox"/> Creptantes |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

Dreno Torácico:

Sim Não Local: _____ Aspecto da Drenagem: _____

Expansibilidade Torácica Conservada:

Sim Não Sim Não Produtiva Não Produtiva

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg

Pulso: _____ bpm Cheiro Filiforme Ausentes

Uso de Drogas Vasoativas:

Sim Não Qual?

Acesso Venoso Central:

Sim Não Qual?

Acesso Venoso Periférico:

Sim Não Qual? *M50*

SISTEMA GASTROINTESTINAL**Abdome:**

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plano | <input type="checkbox"/> Globoso | <input type="checkbox"/> Distendido | <input type="checkbox"/> Escavado | <input type="checkbox"/> Depressível | <input type="checkbox"/> Ascítico |
| <input type="checkbox"/> Doloroso | <input type="checkbox"/> Não Doloroso | <input type="checkbox"/> Local: | | | |

RHA:	SNG:	SNE:
<input type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> P/ Gavagem <input type="checkbox"/> Sinfonagem
		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

SISTEMA GENITO-URINÁRIO**Diurese:**

Presente Ausente Espontânea SVD Volume: _____ ml

Aspecto: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO**Deambulação:**

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input checked="" type="checkbox"/> Repouso Relativo | <input type="checkbox"/> Repouso Absoluto |
|------------------------------|------------------------------|--|---|

Mobilidade:

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ativa | <input type="checkbox"/> Passiva |
|---|----------------------------------|





**COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE**

№ 29070

FICHA DE ANESTESIA

NOME		Jorge Natan Rodrigues da Cunha		REGISTRO	335501	CATEGORIA	SUS
HOSPITAL		SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR	B-R P-A N	IDADE	73a
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		PESO	PA	FC	17:00	VALOR	
		Kg	120 x 73	10	BPM	- 1706/22	
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO		CÓDIGO CIRURGIA				RESPIRAÇÃO	ASA
Exposta do 5º MTG + Fratura Exposta do eunetonum medial						12	12 RPM
OPERAÇÃO PROPOSTA						PORTE	%
OPERAÇÃO PROPOSTA							
OPERAÇÃO REALIZADA							
Fractura exposta do 5º MTG + Fractura exposta do eunetonum medial							
17:00 17:40		o mesmo					
HORÁRIO							
08							
SOPA%		AQ3	100	100	100		
EICOS							
LÍQUIDOS		0	2L	1L			
200							
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
40							
20							
0							
17:00		17:40					
ANOTAÇÕES							
AGENTES		CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA: Região abdome			
(1) Sufato ferroso		12 mg		24 OUT 2020			
(2) metilfina		600 mg		SIA			
(3) atropina		2 mg					
(4) dexametasona		5 mg					
(5) diazepam		10 mg					
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:		DURAÇÃO DA ANESTESIA:					
<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCOPIO <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO <input type="checkbox"/> PNI		<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO <input type="checkbox"/> S. VESICAL <input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> TEMPERATURA <input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL					
<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO <input checked="" type="checkbox"/> ADORMECIDO <input checked="" type="checkbox"/> SONOLENTO <input checked="" type="checkbox"/> INTUBADO		<input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> QUARTO					

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143921500000128697932>
Número de documentos: 23042810143921500000128697932

Num. 131740835 - Pág. 27

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

At-610273

BLOCO CIRÚRGICO					
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO
		UNIT. TOTAL			UNIT. TOTAL
01	Oxigênio			Aguilha Descartável	
01	Água Destilada			Aguilha para Pendura	
	Atropina			Aguilha para Raqui 25 1	
02	Bupivacaína			Atadura Gessada	
02	Cetamina		02	Atadura Crepom 1	
	Clonidina			Cateter para Oxigênio	
01	Dezametasona 4mg			Cateter para Venopunção	
	Diclofenaco			Coletor de Urina Aberto	
02	Dipirona			Coletor de Urina Fechado	
	Etilefrina			Dreno	
	Glicose 50%	05		Eletrodo p/ Monitorização	
	Lidocaina			Equipo para Sangue	
	Metoclopramida		01	Equipo para Soro	
	Neostamina			Fio Cat Gut Cromado	
	Prometazina			Fio Gat Gut Simples	
	Ranitidina			Fio de Aço	
	Ringer co Lactato			Fio de Algodão	
	Soro Fisiológico 1L		02	Fio de Nylon 3,0	
	Soro Glicosado			Fio de Polipropileno	
	Succinato de Estriol			Gase 7,5x7,5 01	
02	Tenoxicam			Lâmina de Bisturi 1,24	
02	0,5ml	05 1		Luvas Estéreis 7,0	
01	0,5ml			Luvas Estéreis 7,5	
				Luvas Estéreis 8,0 1	
				Seringa 5ml	
				Seringa 10ml 01	
				Seringa 20ml	
				Sonda de Foiev	
				Sonda Endotraqueal	
				Sonda Nasogástrica	
				Sonda Uretal	
				Tubo para Aspiração	
				TX Cláxex 01	
				TX Vocol 01	
				03,0x100x1000 2020	
SUBTOTAL		SUBTOTAL		TOTAL	

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Antônio V. Vasconcelos
Ortopedista Traumatologista
CRM/PE 8818
CRE/PE 22251

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável
Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: João Pedro de Souza

Prontuário: 30.000.000

Data: 10/10/2022 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Doença de Chagas

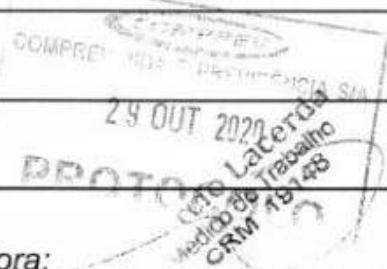
AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Medicamento

TRATAMENTO REALIZADO:

Medicamento

Alta Hospitalar: Data: 10/10/2022 Hora: _____



Ass. do Médico e CRM
Carimbo





MUNICÍPIO DE
GRAVATÁ
AGORA É CRESCEMENTO

HÓSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

DATA DA SOLICITAÇÃO:

21/06/2020

HORA:

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

21/06/2020

Nº CARTÃO SUS:

NOSSO Número Rodrigues de Lima

IDADE:

19 anos

ENDERECO DO PACIENTE:

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

Fratura de 5º MTE + frange proximal de
deixe de metade com fratura de
5º MTE - pé E. e fratura de
5º MTE + falange proximal de 3º R. D. E.

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL: X mm/Hg

P. RESPIRATÓRIA: bpm

P. CARDÍACA: bpm

TEMPERATURA: °C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA | VERBAL | SONOLENTO | CONFUSO | SEM RESPOSTA | GLASGOW: 5

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(+ ++ +++ ++++)	SIM	NÃO	(+ ++ +++ ++++)
DESIDRATADO			CIANÓTICO		
DESNUTRIDO			ICTÉRICO		

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES | HAS | IC | SEQUELA/AVC | DPOC | OUTROS |

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO EM USO	DOSAGEM

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG	NORMAL	RX TORAX	
ALTERAÇÕES		RX ABDOME	
TOMOGRAFIA		OUTROS	

LABORATORIAL

HB	HT	LEUOC	GPK	TGO	TGP	AMILASE	URINA
----	----	-------	-----	-----	-----	---------	-------

* RELACIONAR DEMais EXAMES REALIZADOS.

HOSPITAL
DE DESTINO:

HRS

- ORTOPEDIA

MÉDICO RESPONSÁVEL

Bartiria Braga
CRM 11825

SENHA CENTRAL

5960285

SENHA SAMU:

HPV7 - SAM - ALTA RESOLUÇÃO - 2017 - VIA ÚNICA - FORMATO A4 (210x297 mm)

CRÉDITO: 100%



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: CRM: <i>Bartiria Braga Medica CRM 11 825</i>	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:		PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____ RG Nº _____ ORG. EXP. _____ UF _____ NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTENDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: CRM: <i>Bartiria Braga Medica CRM 11 825</i>	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:		PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____ RG Nº _____ ORG. EXP. _____ UF _____ NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTENDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143921500000128697932
Número do documento: 23042810143921500000128697932

Num. 131740835 - Pág. 33

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1.OUTORGANTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 11.0112245 expedido por SPI/PE em
22/04/2019 inscrito no CPF sob o nº: 718.585.034-77

residente: SI MARIA 12ABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA 12ABEL/AVENCA cidade: GRAVATÁ, Estado PE.

2.OUTORGADO: NACIO RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 4.276.209, expedido por SPI/PE em
15/10/2020, inscrito no CPF sob o nº: 755.976.834-20

residente: SI MARIA 12ABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA 12ABEL/AVENCA cidade: GRAVATÁ, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO –DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA. Acidente ocorrido no

dia 21/06/2020 do sinistro de DPVAT da natureza _____.

Gravataí, 04 de setembro de 2020

OUTORGANTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA



(reconhecer firma por autenticidade)



2-OFÍCIO DE NOTARIAÇÃO DE TITULOS DE TITULOS DE GRAVATAÍ/PE
Av. Presidente Dutra, 100 - Centro - Gravataí - Tabelião
Tabelião de Notariação, Dr. Priscila Duarte do Nascimento Silva, Substituta
Selos: 0073843-XDQ09202001-01747
Custos: R\$ 4,45 TSNR: R\$ 0,82 Total: R\$ 5,27
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Ário: daniela

Reconheço a firma por autenticidade de: 04/09/2020 10:54:3
JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA. Dou fé

Em testemuho _____ da verdade.

Priscila Duarte do Nascimento Silva
Tabelária Substituta
Sel: 0073843-XDQ09202001-01747
Custos: R\$ 4,45 TSNR: R\$ 0,82 Total: R\$ 5,27
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Ário: daniela





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Magi Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Navison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o N° 718585034 / 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima José Navison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o N° 718585034 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

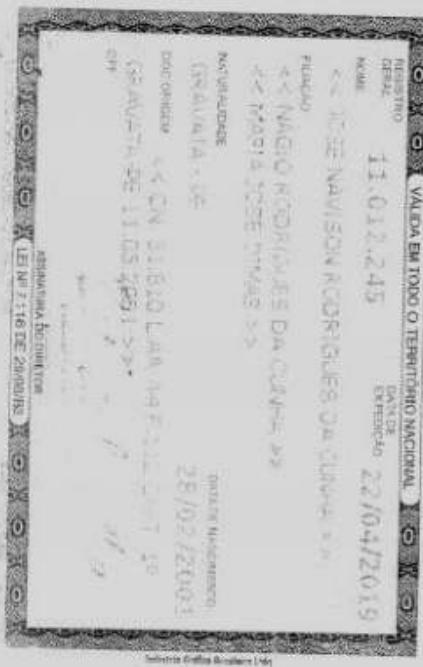
Endereço	<u>51 Maria Izabel</u>	Número	<u>700</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>M. Izabel</u>	Cidade	<u>Gravataí</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>(81)</u>	Telefone celular (DDD)	<u>9668-4814</u>

Gravataí, 28 de 09 de 20 24 OUT 2020
Local e Data

magi rocheius da cunha
Assinatura do Declarante

COMPROVANTE DE FATO DE FICAR SABIAS
PROTOCOLO





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143921500000128697932>
Número do documento: 23042810143921500000128697932

Num. 131740835 - Pág. 36

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: CRM: <i>Bartiria Braga Medica CRM 11 825</i>	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:		PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____ RG Nº _____ ORG. EXP. _____ UF _____ NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTENDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: CRM: <i>Battinia Braga Medica CRM 11.825</i>	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITAIS: A: _____ mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA			
EU, _____			
RG Nº _____ ORG. EXP. _____ UF _____			
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/04/2023 10:14:39
https://pie.tipe.ius.br:443/1c/Processo/ConsultaDocumento/list/view_seam?x=23042810143921500000128697932

<https://pje.tjpe.jus.br:443/lgi/Processo/ConsultaDocumento/lis>

Num. 131740835 - Pág. 38

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

Nº 015101911716
CÓD. RENAVAM 493425096
DATA 09/09/2020

GRAVATÁ - PE	0	PLACA	PGD7731
CPF / Chfr.	99999999999	CHASSI	9C2KC1670CR613072
PLACA ANTOUF	755-976-834-20	ESPECIE TIPO	0
MARCA / MODELO	HONDA / CG 150	MARCA / MODELO	HONDA / CG 150 PAN ESI
CAP / NOT / CH	2012	CAP / NOT / CH	2012
2E / 149CL	CARROCERIA	2E / 149CL	CARROCERIA
1 COTA UNICA	PARTIC	1 COTA UNICA	PARTIC
P LINHA 2020	QUEIYADO	P LINHA 2020	QUEIYADO
V FAADA / PVA	PARELAMENTO / COTAS	V FAADA / PVA	PARELAMENTO / COTAS
A 1	3*	A 1	3*
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	ICP (R\$)	PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	ICP (R\$)
0,10	0,05	0,12,30	0,05
OBSERVAÇÕES		DATA DE PAGAMENTO	
		15/01/20	
SEM RESERVA			

GRAVATÁ - PE	DATA
12/02/20	12/02/20

RECEBIDO: CÁSSIA NOGUEIRA FONTELLA

LIBEROU: FERREIRA

29 OUT 2020

SEGURADO DE DANOS CAUSADOS POR VÉHICULOS
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, CUSTOS DA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS, QUIMICO, SEGURO DPVAT

PE Nº 015101911716 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NÁGIO RODRIGUES DA CUNHA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPIRIO	DATA EMISSAO
2020	12/02/20
CPF / CNPJ	PLACA
755-976-834-20	PGD7731
RENAVAM	MARCA / MODELO
9934250996	HONDA / CG 150 PAN ESI
012	Nº CHASSI
9C2KC1670CR613072	9C2KC1670CR613072

PRÉMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
0,41	0,05
4 - 15	4 - 05
2 - 05	1,2 - 30

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.609/0001-04

092

Nº

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389076 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA **Data do acidente:** 21/06/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO.
FRATURA DE CUNEIFORME MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PE ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P3/5-CIRURGIA 6/10/11

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: CRM: <i>Bartiria Braga Medica CRM 11 825</i>	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	

CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA

SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTR:		

PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS:

A: _____ mmHg Temp. _____ °C

VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA

EU, _____, ORG. EXP. _____, UF _____,
RG Nº _____, NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,
ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO
MÉDICO ENCAMINHADOR.

PROTÓCOLO
2023





COMPRO
24 OUT 2020
VIA S/ PROTOCOLO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143921500000128697932>
Número do documento: 23042810143921500000128697932

Num. 131740835 - Pág. 42

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1.OUTORGANTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 11.0112245 expedido por SPI/PE em
22/04/2019 inscrito no CPF sob o nº: 718.585.034-77

residente: SI MARIA 12ABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA 12ABEL/AVENCA cidade: GRAVATÁ, Estado PE.

2.OUTORGADO: NACIO RODRIGUES DA CUNHA

portador(a) do documento de identidade nº: 4.276.209, expedido por SPI/PE em
15/10/2020, inscrito no CPF sob o nº: 755.976.834-20

residente: SI MARIA 12ABEL, nº: 700 complemento: CASA

Bairro: MARIA 12ABEL/AVENCA cidade: GRAVATÁ, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO –DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA. Acidente ocorrido no

dia 21/06/2020 do sinistro de DPVAT da natureza _____.

Gravataí, 04 de setembro de 2020

OUTORGANTE: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA



(reconhecer firma por autenticidade)



2-OFÍCIO DE NOTARIAÇÃO DE TITULOS DE TITULOS DE GRAVATAÍ/PE
Município de Gravataí - Rio Grande do Sul - Brasil
Av. Presidente Getúlio Vargas, 1000 - Centro - CEP: 93.000-000 - Fone: (51) 3333-0222 - Fax: (51) 3333-0222

Reconhecimento de firma por autenticidade de: 04/09/2020 10:54:3
JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA. Dou fé

Em testemuho _____ da verdade.

Priscila Duarte do Nascimento Silva
Tabeliã Substituta
Selos: 0073843-XDQ09202001_01747
Custos R\$ 4,45 TSNR R\$ 0,82 Total R\$ 5,27
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Magi Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Navison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o N° 718585034 / 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima José Navison Rodrigues da Cunha inscrito (a) no CPF sob o N° 718585034 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>51 Maria Izabel</u>	Número	<u>700</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>M. Izabel</u>	Cidade	<u>Gravataí</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>(81)</u>	Telefone celular (DDD)	<u>9668-4814</u>

Gravataí, 28 de 09 de 20 24 OUT 2020
Local e Data

magi rocheius da cunha
Assinatura do Declarante

COMPROVANTE DE FATO DE FICAR SABIAS
PROTOCOLO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308877/20

Vítima: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

CPF: 718.585.034-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/06/2020

Titular do CPF: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NAGIO RODRIGUES DA CUNHA : 755.976.834-20

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

JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA : 718.585.034-77

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: 29/10/2020
Nome: JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA
CPF: 718.585.034-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

JOSE NAVISON RODRIGUES DA CUNHA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/04/2023 10:14:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042810143921500000128697932>
Número do documento: 23042810143921500000128697932

Num. 131740835 - Pág. 45