



Número: **0000019-58.2018.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Flores**

Última distribuição : **12/01/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALVES DE ARAUJO NETO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55036792	05/12/2019 10:01	2574853_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORES/PE

Processo: 00000195820188172610

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, 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 ALVES DE ARAUJO NETO**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico ocorrido em 27/01/2017, resultando em invalidez permanente.

Ocorre que, conforme já suscitado em sede de defesa, o autor acosta aos autos documentos médicos inconclusivos, sendo importante mencionar que em um boletim médico consta que o autor sofreu lesão no pé esquerdo e, em outros boletins, constam que o mesmo sofreu lesão no membro inferior direito, conforme destacamos abaixo:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assim, é certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Desta forma, primordial se faz o esclarecimento do ilustre perito para informar quais são as lesões apresentadas pelo autor, especificando se as mesmas acometem somente o pé direito ou todo membro inferior direito.

Em outro giro, caso V. Exa. não acolha o alegado acima e, entenda pela condenação da ré, requer que o valor indenizatório respeite a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FLORES, 2 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





Número: **0000019-58.2018.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Flores**

Última distribuição : **12/01/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALVES DE ARAUJO NETO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55036793	05/12/2019 10:01	ANEXO 1	Outros (Documento)

DOCUMENTO 6 "76%"



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.428.700 DATA DE EXPIRAÇÃO 30/07/2012

TIPO << JOSÉ ALVES DE ARAÚJO NETO >>

RELACION << JOÃO ALVES DE ARAÚJO >>

<< MARIA VILANI CAVALCANTE DE ARAÚJO >>

NATURALIDADE ASSAI - PR DATA DE NASCIMENTO 25/12/1989

CPF << CN.12123 L.25 F.73 CART ASSAI-PR. 04.01.1990 >>

091.841.664-79

LEI Nº 7.160 DE 13.08.85

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS (IIP)

10R-23

JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 091.841.664-79

Nome JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Nascimento 25/12/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

EXCÉLSIOR SEGUROS

18 ABR 2017

SEGURO DPVAT.

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:46:48 do dia 13/11/2015 (hora e data do Brasil)

Índice verificador: 00

CÓDIGO DE CONTROLE A379.416B.C821.79EB



[illegible][illegible]

EXCELSIOR SEGUROS
18 ABR 2017
SEGURO DPVAT.



DOCUMENTO 7 "T79"

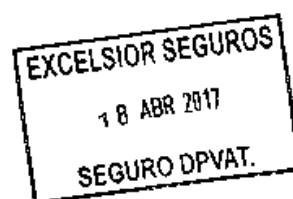


DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 07 de Março de 2017

X José Alves de Araújo Neto



D.E. ROSANA MENEZES

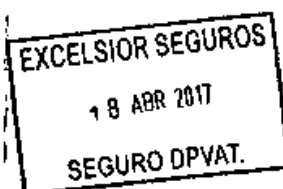
RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CPF: 56.960.000



IMAGEM

UNIMATO

B 310

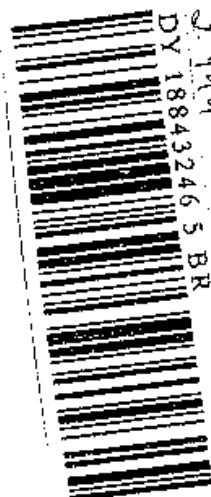
ORDEM: 31

JPE: 85055727 ESTÁÇÃO: 108

5063097215041030

PESO (kg)

3444
DY 188432465 BR



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



EXCELSIOR SEGUROS
18 ABR 2017
SEGURO DPVAT.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170218768 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 27/01/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ PÉ DIREITO 25% DE 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170218768 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 27/01/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Acidente de motocicleta em 27/01/2017
Fratura cominutiva intra articular do 1º dedo do pé direito

Descrição do exame médico pericial: 1º do pé direito com discreta atitude de extensão - falta de apoio
Limitação da flexo extensão do 1º dedo pé direito.

Resultados terapêuticos: Evoluiu com limitação de movimentos do 1º dedo e perda do apoio plantar do mesmo (atitude de extensão do 1º dedo)
Data da alta: Alta relatada em 06/04/2017
Redução cirúrgica e fixação da fratura com fios metálicos

Sequelas permanentes: Limitação de movimentos do 1º dedo e perda do apoio plantar do mesmo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Sergio R Vieira

CRM do médico: 42023

UF do CRM do médico: SP

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: AUREA MARIA TAVARES TORRES

CRM do médico: 52.56757-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 4 "T4"



Procuração

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

1. Outorgante JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

portador(a) do documento de identidade nº 8.428.700 expedido por SDS/PE em

30/07/12 inscrito no CPF sob o nº 091.841.664-79 residente na

Sítio Queimada, JooS Alves nº 2

complemento Casa Bairro Ema Rural cidade

Flores Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802 expedido por SDS-PE em

29/05/2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25 residente na

Rua Francisco Olavo nº 110

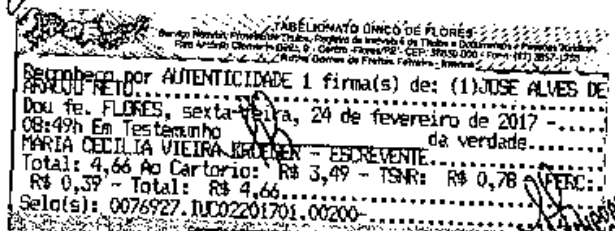
complemento Casa Bairro IPSEP cidade

Serra Talhada Estado PE

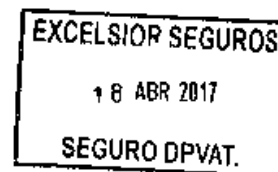
Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, o especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada, 07 de abril de 2017

Outorgante X JOSE ALVES DE ARAUJO NETO



Mª Cecília Vieira
Escrivente



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10879533

A/C: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170218768 ASL-0153209/17

Vitima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Data Acidente: 27/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01609/01610 - carta_01



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2017

Carta nº: 10885254

A/C: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro: 3170218768 ASL-0153209/17
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
Data Acidente: 27/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00665/00666 - carta_02

00070333



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11061232

A/C: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro: 3170218768 ASL-0153209/17
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
Data Acidente: 27/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

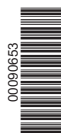
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01305/01306 - carta_02



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11113474

A/C: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170218768 ASL-0153209/17
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
Data Acidente: 27/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 30/05/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 27/01/2017. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01149/01150 - carta_03



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11243320

A/C: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro: 3170218768 ASL-0153209/17
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
Data Acidente: 27/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00301/00302 - carta_02



Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11305633

A/C: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro: 3170218768 ASL-0153209/17
Vitima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
Data Acidente: 27/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000000129-5

Conta: 000000690397-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00445/00446 - carta_15R



00010223



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T190*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Xosé Alves de Araújo Neto
PORTADOR(A) DO RG Nº 8.428.700 EXPEDIDO POR SDS PE EM 30/07/12 E
CPF 000.129.166-75 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ novos (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Xosé Alves de Araújo Neto, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário Benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresarial);
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 1.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também, não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0529-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 630397-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Linha Talhada 07 de Março de 17 Xosé Alves de Araújo Neto
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



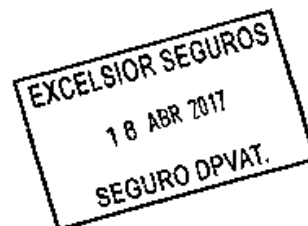
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009); e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguroitotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





e/c



c/c



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jose Alves de Araujo Neto
Endereço do(a) Examinado(a): Rua André Pereira Temudo, 252 Casa
Vila Mirante São Paulo SP CEP: 02957-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8428700
Data local do exame: [07/07/2017] SÃO PAULO [SP]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM 27/01/2017**
FRATURA COMINUTIVA INTRA ARTICULAR DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO
1º DO PÉ DIREITO COM DISCRETA ATITUDE DE EXTENSÃO - FALTA DE APOIO
LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO 1º DEDO PÉ DIREITO
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO 1º DEDO E PERDA DO APOIO PLANTAR DO MESMO (ATITUDE DE EXTENSÃO DO 1º DEDO)**
Data da alta: ALTA RELATADA EM 06/04/2017
REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO DA FRATURA COM FIOS METÁLICOS
Complicações: NAO
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO 1º DEDO E PERDA DO APOIO PLANTAR DO MESMO**
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| 1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Direito | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Sérgio Rizzo Vieira
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 3087- CRM 42.023



09/02/2017

Secretaria da Defesa Social - INFOPOL

DOCUMENTO 1 *T1%



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRIUNFO - DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0271000062

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/02/2017 às 15:56

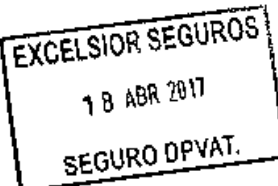
OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Guinosa (Consumado) que aconteceu no dia 27/1/2017 no período da Manhã

Natureza Jurídica: **COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NAO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE-377, POVOADO DE JERICÓ - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**. Próximo a: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 01, POVOADO DE JERICÓ - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
SEM AUTORIA (AUTOR / AGENTE)
JOSE ALVES DE ARAUJO NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALVES DE ARAUJO NETO



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

JOSE ALVES DE ARAUJO NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA YLANI CAVALCANTE DE ARAUJO Pel: JOÃO ALVES DE ARAUJO Data de Nascimento: 25/11/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8428700/305/PE (RG) 09184180479 (CPF) 06218078803 (CNH) Estado CNH SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefone Celular: 83998407239

Residência: **SÍTIO QUEMADAS, ZONA RURAL DE FLORES - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE FLORES, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ALVES DE ARAUJO NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGM5321 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **575081090** Chassi: **9C2KD0540DR162709**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **HONDA NXR/150 BROS 150, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, PLACA PGM5321/PE, CHASSI Nº 9C2KD0540DR162709, RENAVAM 575081090, EM NOME DE MARCOS ALVES DE ARAUJO**

Complemento / Observação

O NOTIFICANTE E VITIMA RELATA QUE NA MANHÃ DO DIA 27 DE JANEIRO POR VOLTA DAS 7:00 HS, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA CITADA PELA RODOVIA PE-377, NAS PROXIMIDADES DO POVOADO DE JERICÓ, QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM VEICULO QUE ADENTROU NA CONTRA MÃO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E ACABOU TOMBANDO E CAINDO NO ACOSTAMENTO. A VITIMA SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES E FRATURA DO PÉ DIREITO. O RESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL E LEVADO PARA CIDADE DE FLORES. EM SEQUIDA APÓS ATENDIMENTO DE EMERGENCIA O MESMO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE SERRA TALMADA. VALE RESSALTAR QUE A VITIMA POSSUI HABILITAÇÃO.

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

<https://pje.tje.pe.gov.br/pernambuco/VisualizarDocumento?idUrc=271640e-b2b4134a-7e0d-17E0271000062&siglaAssinaturaPrincipa=OUTRAS%20OCORR&id=1/>

X JOSÉ ALVES DE ARAUJO NETO

08/02/2017
JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
(VITIMA)

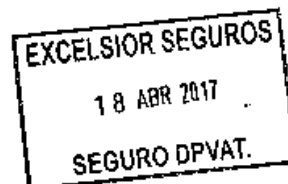
Secretaria da Defesa Social - INACOR



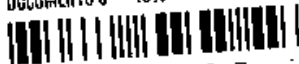
B.O. registrado por: THONY ALEXANDRE ANTAS RODRIGUES

Procurador

Assessor



DOCUMENTO 3 *T336*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE ALVES DE ARAUJO NETO, portador da carteira de identidade nº 8.428.702 e inscrito no CPF/MF sob o nº 081.841.664-73 residente e domiciliado na ST. Quilomada 2 José Alves, S/N, Zona Rural Cidade Blumen, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

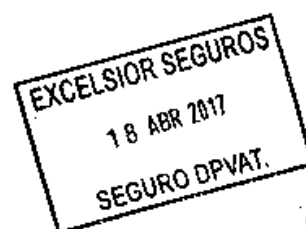
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Serra Talhada 07/03/17

Local e data





ATO

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

27/04/2017

FLORES

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 27.01.17 às 10.28	Nº Ocorrência
Nome: José Alen de Souza Neto	Data Nascimento: 25.12.89
Profissão: agricultor	Sexo: M
Fone:	Doc. Ident.: 8.428.700
End.: R. Amimadom Flores	SUS: 898002996296968
Responsável: Maria Vilma (mãe)	
Tipo de Atendimento:	
Acidente de Trânsito ☒	Acidente de Trabalho ☐
Agressão ☐	Consulta ☐

Pressão Arterial:	HGT:	Pulso:	Temp:	Peso:
-------------------	------	--------	-------	-------

Histórico e Exame Físico:
Paciente relatou queda de motocicleta há 2 dias.
ER: Apresenta edema na face da mandíbula, nariz.
GW: 15 Provável fratura na região.
OBS: As alterações

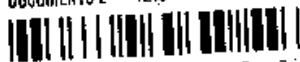
Tratamento:
① - Voltaren 750 mg
② - Normate 100 mg
EXCELSIOR SEGUROS
18-ABR-2017
SEGUROS
DOCUMENTO 2 "T2"

Impressão Diagnóstica:		
Fratura em R. Esquerda. + Exame		
Destino do Paciente		
Residência ☐	Internado ☐	Transferido ☒
Removido para Hospital		
Óbito às	horas do dia	

Médico - Carimbo e CRM:



DOCUMENTO 2 *T296*



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Alves de Araújo NetoRG nº 8.418.700, data de expedição 30/07/12, Órgão SDS, PE

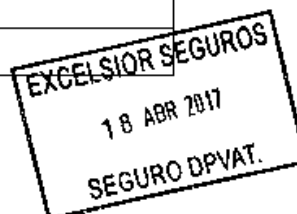
CPF nº 094.841.664-79 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>St. Aluimada 2 João Sales</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	
Cidade	<u>Flora - Zona Rural</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56850-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9634 - 4907</u>
E-mail	<u>11 11 9291</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada 07/03/17

Assinatura do Declarante:

X José Alves de Araújo Neto

DADOS DO CLIENTE
MAIO ALVES DE ARAÚJO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S/O QUEIMADA 2 JOAO ALVES

CPF: 617 188 804-92 NIS 18291376737

FLORES - RURAL FLORES RURAL
FLORES PE
50350-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESCUE VOLT
DATA FÉNCIA CÔM MRS
MONTAGHE 2

TIPO DA NOTAFISCAL	SERIE	EMISSAO
0000033887	UNICA	10/01/2017

CÓDIGO CONTRATO	PERÍODO
4006594080	01/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE REGISTRO E EMISSÃO DE CÉDULA
17/01/2017	08/02/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	12,51

10/01/2017	2007451143	4082129
------------	------------	---------

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo até 30 kWh	30,00000000	0,45890411	4,70
Consumo Alvo superior a 30 até 100 kWh	17,00000000	0,28959037	4,57
Contribuição de Iluminação Pública			2,78
Multa por atraso NF 000530468 - 10/11/18			0,16
Multa por atraso NF 000530518 - 13/11/18			0,16
Multa por atraso NF 000530518 - 13/11/18			0,01
Multa por atraso NF 000530438 - 10/11/18			0,01

1994 2004 2014

—1251

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PROD MCDOMM	PROD PA NUMCAO	ANEXOS	DATA	ATUAL	PROD DAB	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (LITROS)
61853243	031	DATA 13-1-2016	LEITURA \$ 198,00	DATA 10-01-2016	LEITURA \$ 225,00	70	1,00000	17,00

MAGNITUDE DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DO TRIBUTÁRIO		TOMADOR DA DESPESA	
VALORES R\$		CLASS DE FISCALIZ	%	RAZÃO DO CONTRATO	%
244.117	17			Operação de Fomento	0,04
502.101	51	PCMS		Intermediários	0,10
1.004.118	48	PMB	4,21	Operações (Cobrança)	2,66
4.047.458	57	COFINS	9,27	Transferência de Recursos	0,90
52.111	52			Transferência	0,30
4.000.111	53			Total	3,27

TAXAS APLICADAS	
Consumo até R\$ 20.000,00	0,0000%
Consumo acima superior a R\$ 20.000,00	0,247334%

RECEBIMENTOS AUTOMÁTICOS	
506F 1049 1980 C909 F50C 4C3D 408A E272	

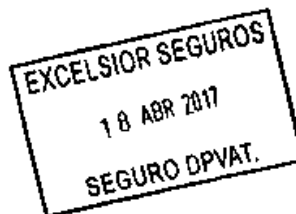
INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As informações foram obtidas a partir de uma pesquisa realizada no âmbito do Projeto de Pesquisa em História da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sob a orientação do Prof. Dr. João Carlos de Almeida. A pesquisa foi realizada em 2010, com o objetivo de investigar a atuação dos militares no Brasil durante o período da ditadura militar (1964-1985). O projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). Os dados foram coletados através de entrevistas com militares e civis, bem como através de documentos e arquivos. Os resultados da pesquisa foram publicados em um livro, intitulado "Militares e Ditadura: A Atuação dos Militares no Brasil durante o Período da Ditadura Militar (1964-1985)".

1. **Содержание:** Описание работы, выполненной за период, с указанием объема, качества и сроков.

DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES				
CLASSIFICAÇÃO FONTE	VALOR APLICADO em R\$	VALOR em R\$	VALOR em R\$	VALOR em R\$
ONG	0,00	10,78	21,46	42,93
FIC	0,00	2,57	15,16	30,33
OUTROS	0,00	1,78	0,00	0,00

1. <https://doi.org/10.1016/j.jmb.2019.04.004> (2019).



DOCUMENTO 1- *T1%*

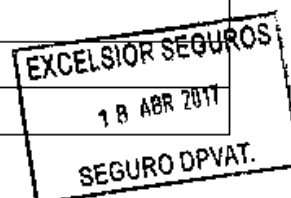


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosana Gile M. S. CavalcanteRG nº 6870802, data de expedição 29/05/01, Órgão SOS/PE

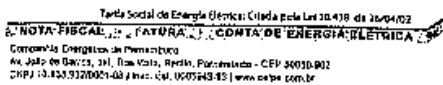
CPF nº 051.394.744-25 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Fuomcineo Olavo</u>
Número	<u>110</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>IPSEP</u>
Cidade	<u>Serra Talhada</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56.912.130</u>
Telefone de Contato	
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rosana Gile M. S. CavalcanteAssinatura do Declarante: X Serra Talhada 31-03-17



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 308.110 934-15

IPGE/SEERRA TALHADA
SEERRA TALHADA PE
80012-130

CLASSIFICAÇÃO
31 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Módulo 31

002284776	U4CZ	11/29/618
-----------	------	-----------

17/08/2018	201101382851	28/07/2021
------------	--------------	------------

CONTACOM/16450 KIR/400
2278078018 06/2018
DATA DE VENCIMENTO DATA DE RECEBIMENTO
27/08/2016 19/07/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 124,18

~~DECLASSIFICATION~~

[illegible]

TOTAL DEFATIGUE

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE MATERIA PRIMA								
Nº DO INTERIOR	Tipo de funcão	Anterior Data (19-05-2011)	Atual Data (17-06-2011)	Nº DO INTERIOR	Constante	Ajuste	Consumo (R\$)	
123	CAI			34	1,0000		177,28	

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As datas de vencimento e de entrega dos trabalhos são informações de interesse geral para os Participantes do Concurso. Os dados são de natureza pública e não constituem segredo de Estado. O acesso a essas informações é permitido a todos os interessados, sem necessidade de autorização prévia. O acesso a essas informações é permitido a todos os interessados, sem necessidade de autorização prévia. O acesso a essas informações é permitido a todos os interessados, sem necessidade de autorização prévia.

EXCELSIOR SEGUROS
18 ABR 2017
SEGURO DPVAT.

DISTRIBUICAO DE FREQUENCIA DAS INTERSECCOES					NIVEL DE TENSAO		
CONDICAO DE SERVICO TABELADA	FAZENDA 142200 (m)	LIMITE INTERIORE	LIMITE PERIFERICA	LIMITE EXTERIORE	NIVEL DE TENSAO		
					FAZENDA (m)	LIMITE DE INTERIORE (m)	LIMITE DE PERIFERICA (m)
ENC	0,12	6,16	55,10	72,31	270	205	231
ENC	0,12	3,42	6,85	18,10			
ENC	0,12	3,25	0,00	0,05			

Limite de 1422

ENC - Nivelo de Tensao de Lixo e Sulfato de Amonio em 142200 m

CONTA CONTRATO	MÓDULO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2278076019	0070157	27/08/2016	124,16

83840000001-4 24160011002-8 27807601910-0 03541512433-9



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Alves de Araújo Neto

RG nº 8.428.700, data de expedição 10/12/2015 Órgão SSP/PE

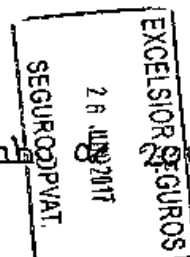
CPF nº 091.841.664-79, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro;

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua André Penneira Tenudo</u>
Número	<u>00252</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>São Paulo / SP</u>
Cidade	<u>São Paulo / SP</u>
Estado	<u>SP</u>
CEP	<u>02957000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9634-9291</u>
E-mail	<u>// // 4907</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada, 09 de Junho

Assinatura do Declarante: X JOSÉ ALVES DE ARAÚJO NETO



6

192433903 No da Conta GR CR
 1449011924391 15
 End.: Andre Pereira Tarduo, 00252
 São Paulo/SP CEP 02957000
 Cliente: Colégio Norma Ne Contas/Auxílio Estudante
 Dad. Saiberg: 15 106 003 2001 0544 6000 0000
 Economista: 1 Res -0 Clam +0 Ind -0 Pub
 Tipo de Faturamento: Coram

Código do Cliente: 0000000000
 Tipo de Ligação: Água e Esgoto
 Hidrômetro: 1117003197

Apresentação	Data	Letura	Consumo m ³ 12	Gráfico de Consumo de Água					
Letura Anterior	05/06/17	440			10	20	30	40	50
Letura Atual	05/07/17	520							
Proxima Letura	04/07/18								

Período de Contagem: 3,0 Mes

Cálculo de Letura: LPTUA NORMAL

Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
14	16	17	18	19	20

Nota: 74

Faixa Construtiva (m ²)	Cobertura(m ²) por Economia	Água Taxa(R\$)	Valor (R\$)	Esgoto Taxa(R\$)	Valor (R\$)
Máx 10	Mínimo	22,39	22,39	22,39	22,39
11 A 20	2	1,50	7,00	1,50	7,00
21 A 30		0,75		0,75	
31 A 50		0,75		0,75	
Acima de 50		0,64		0,64	
			29,39		29,39
VI Água (Água + FL de Ajust + Econ)			29,39 + 1,00000000 + 0 =		29,39
VI Esgoto (Esgoto + FL de Ajust + Econ)			29,39 + 1,00000000 + 0 =		29,39
Total Residencial (VI Água + VI Esgoto) =					

[illegible]

Facte a sua paritz, Economy's Agency

AZEVEDO & TRAVASSOS
CUSTOS

ALVEDO & TRAYASSOS

07 JUL 2012

Tributos	Aliquota(%)	Base de Cálculo(R\$)	Valor(R\$)
PIS/PASEP e COFINS	7,30	58,76	4,29

Qualidade da Água - Decreto Presidencial 54.400/05 Portaria ANS nº 146/05 de 20/03/05

EXCELSIOR SEGUROS
26 JUN 2017
SEGURO DPVAT.





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa 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 Ronara Lfe M. S. Cavalcante, portador(a) do

RG nº 6870802, expedido por SPS / PE, em 29/05/02, CPF/CNPJ nº 051.394.744-25,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jone Alven de

Araujo Neto do sinistro de DPVAT da natureza Simultânea

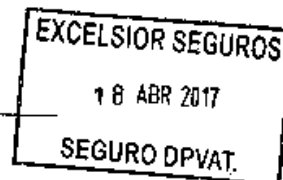
da vítima Jone Alven de Araujo Neto, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: autônoma Renda Mensal: R\$ recusa

Documentos comprobatórios: recusa

Ronara Lfe M. S. Cavalcante
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DOCUMENTO 4 *T4*



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcos Alves de ARAUJO

RG nº 8.902.198, data de expedição 05/12/06

Órgão SDS, portador do CPF nº 082.157.524-46 com

domicílio na cidade de Flóres, no Estado de

PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Queimada 2, nº 514

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

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

vítima José Alves de ARAUJO cujo o condutor era

José Alves de ARAUJO NETO

Veículo: HONDA BR07

Modelo: NXR 150 FSD

Ano: 2013

Placa: PGM-632J

Chassi: 9C2KB05400R162709

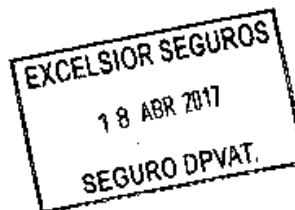
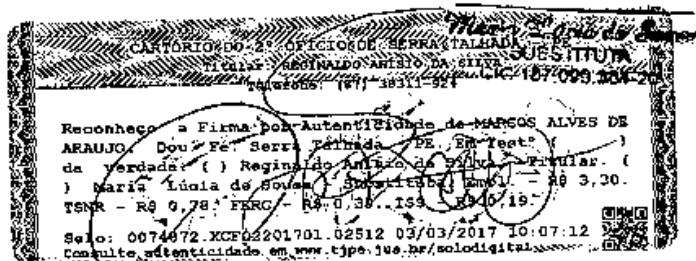
Data do Acidente:

Local e Data: Serra Talhada 07-04-17



Assinatura do Declarante

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





FLORES

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 27.01.17 às 10:28	Nº. Ocorrência								
Nome: José Avelar de Araújo Neto	Data Nascimento: 25.12.89								
Profissão: agricultor	Sexo: M								
Fone:	Doc. Ident.: 8.628.700								
End.: R. Anicimador Flores	SUS: 898002996296968								
Responsável: Maria Vilma (mãe)									
Tipo de Atendimento: <table> <tr> <td>Acidente de Trânsito</td> <td>☒</td> <td>Acidente de Trabalho</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Agressão</td> <td>☐</td> <td>Consulta</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Acidente de Trânsito	☒	Acidente de Trabalho	☐	Agressão	☐	Consulta	☐
Acidente de Trânsito	☒	Acidente de Trabalho	☐						
Agressão	☐	Consulta	☐						

Pressão Arterial:	HGT:	Pulso:	Temp.:	Peso:
-------------------	------	--------	--------	-------

Histórico e Exame Físico:
Paciente relatou queda de motocicleta há 2 dias. ER: Apresenta edema na face da mão esquerda e dor. G.W: 15. Provável fratura de R. esquerdo. OBS: Os ossos...

Tratamento:	DOCUMENTO 5 "T54"
1 - Voltaren 750 2 Pk L 2 - Noramida 400 2 Pk L	

Impressão Diagnóstica:
Fratura em R. Esquerdo. + Exame

Destino do Paciente	Residência ☐	Internado ☐	Transferido ☒
Removido para Hospital			

Óbito às	horas do dia
----------	--------------

Médico - Carimbo e CRM:



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2 3 5 1 6 3 3
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO		NOME ATEND.	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		6 - SIS PRE NATAL	
8 9 8 0 0 2 9 9 6 2 9 6 9 6 8 1		7 - SENHA/PROTEÇÃO	
9 - NOME DO PACIENTE		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
JOSE ALVES DE ARAUJO NETO		0132331	
10 - DATA DE NASCIMENTO		11 - SEXO	
25/12/1989		Masculino ☒ Feminino ☐	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		13 - TELEFONE DE CONTATO	
MARIA VILANI CAVALCANTE DE ARAUJO		8 3 9 8 7 9 9 3 2 8	
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)		15 - CID, IBGE MUNICÍPIO	
STIO QUEBRADAS, 0 - ZONA RURAL		260560	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - UF	
FLORES		PE	
18 - CEP		5 6 8 5 0 0 0 0	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO
<i>Resaca profunda, grande H/D, dor abdominal, febre, tosse, R.D. com dor e secreção purulenta no VOTPA.</i>
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
<i>As 2 sxs spt pte</i>
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
<i>fratura de osso da perna com fratura do osso da perna</i>
22 - CID 10
5502
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
24 - CID 10 SECUNDÁRIO
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

EXCELSIOR SEGUROS

18 ABR 2017

SEGURO DPVAT

26 - DISCRICÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
<i>Acidose metabólica</i>		040805C 705
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO
TRAUMATOLÓGICA	01	1 CNES [X] CIP
31 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	32 - DATA DA SOLICITAÇÃO	33 - ASSINATURA E CARIMBO (DE DIRETOR MÉDICO)
0 0 7 7 9 4 7 6 4 9 2	3 10/1/17	Mauriciana Pereira Pereira CPF: 033.473.954-41 CRM: 16216

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	36 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
☐	☐	☐
37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO RILHETE
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO		
40 - SÉRIE	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNPJ DA EMPRESA
43 - CBO	44 - CBO	45 - CBO

AUTORIZAÇÃO

46 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	47 - COD. ORGÃO EMISSOR	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
	M261390001	261750436607
49 - DOCUMENTO	50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	51 - MOTIVO DA ALTA
1 CNES x CIP	4 3 5 1 6 3 3 2 9 6 2 9 6 9 6 8 1	12
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	53 - ASSINATURA E CARIMBO (DE DIRETOR MÉDICO)	54 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
1 / 1	Mauriciana Pereira Pereira CPF: 033.473.954-41 CRM: 16216	02
	55 - DATA DA INTERNAÇÃO	56 - DATA DA ALTA
	30 01 17	01 01 17



Hospital São Vicente

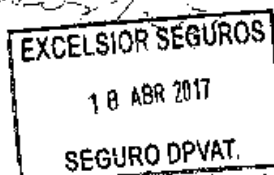
Rua Inocêncio Gomes do Amaral, N° 225 - Centro - Serra Talhada - PE
Fone: (81) 3431-5150 - Fonefax: (81) 3431-2106
E-mail: hospitalsaovicente@yaho.com.br - CNPJ 10.300.543/0001-63

Clínica Cirúrgica

Data do Atendimento: <u>30/01/2017</u>		N.º Registro: <u>132331</u>	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: <u>Asses Aires de Araújo Neto</u>			
Data Nascimento: <u>25/12/1989</u>		Idade: <u>27</u>	Sexo: <u>M</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>		Profissão: <u>Arquiteto</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Filiação: <u>Pae Aires de Araújo</u>		Mãe: <u>Maria Vilani Cavalcanti de Aze</u>	
Endereço (av. rua, n.º Etc): <u>Sítio Bernardino</u>		N.º: <u>511</u>	Apto: <u></u>
Estado: <u>zona Rural</u>	Cidade: <u>Flora</u>	Estado: <u>PE</u>	Telefone: <u>(81) 9879-9328</u>
CERTEZAS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Outros Acidentes ☐ Agressão ☐			
Suicídio ☐ Casual ☐ Outros ☐			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço (av. rua, n.º Etc):			
Local da Ocorrência:			

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Lesão purulenta, H/D
de fratura de peroneo
R/D, Curva, dor e
falta de movimento
M/D



Diagnóstico Inicial: Fratura fechada Verso peroneo R/D

S.A.D.: Menorcedo, PAE, Wm. G. G. e G. G. G.

Diagnóstico Final:

CONDIÇÕES DE ALTA

Melhorada ☒
Inalterado ☐
Piorado ☐
Óbito + 48 h ☐
Óbito - 48 h ☐

MOTIVO DA ALTA

Decisão Médica ☒
Alta a Pedido ☐
Transferência ☐ LOCAL
Evasão ☐
Indisciplina ☐

Data do Internamento: 30/01/17

Data da Alta: 01/02/17

Local:

Dr. Rodrigues de Freitas
CRM: 7361

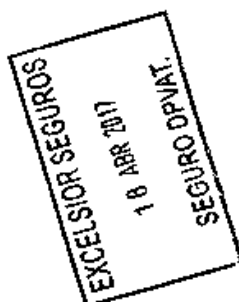
Im:

Cirurgia Realizada: <i>5.º grau - fratura humeral - Tala -</i>		N.º do Procedimento:	
Data: <i>01/02/17</i>	Início: <i>1.º horário</i>	Término:	
Cirurgião: <i>André</i>	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesiista: <i>Luciano</i>

Descrição Cirúrgica

5.º grau - fratura humeral - Tala -
Re D. humeral e fixação com
fixação humeral ulnar com
02 fios KIRSCHNER - curado
Revascularização

Antônio Rodrigo de Freitas
 CRM: 500.003-25 CRM: 7351



Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora: 27/01/17 12:21
 Profissional/Evolução: ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA
 Descrição: Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
27/01/17 12:21	Em digitação	00:00:45	MARIANA, FORTI/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
27/01/17 12:21	Aguardando Regulação		MARIANA, FORTI/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

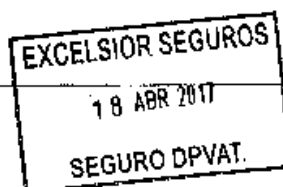
ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



Hospital São Vicente

Clinica Cirúrgica

Data do Atendimento: 30/01/2017 N.º Registro: 132331

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome completo: Moisés de Araújo Neto

Data de Nascimento: 25/12/1989 Idade: 27 Sexo: M Cor: Pau

Estado Civil: Solteiro Profissão: Desempregado Nacionalidade: Brasileira

Filiação: Moisés de Araújo Mãe: Neide de Araújo

Endereço (av., rua, n.º): Silva, Bui-madas Estado: PE Telefone: (83) 9879-9328

Localidade: Zona Rural Cidade: Edina

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Outros Acidentes ☒ Agredido ☐

Suicídio ☐ Casual ☐ Outros ☐

Nome do Acompanhante: _____ Telefone para Contato: _____

Endereço (av., rua, n.º, etc): _____

Local da Ocorrência: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Rosendo pulso 11/13

depressão da sua parafusos

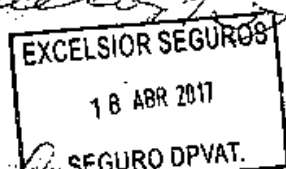
Rx D, Goma de

Grupo Sanguíneo

MID

Diagnóstico Inicial: Trauma por acidente de trânsito

S.A.D.T. Neofreio de PAE, com chumaço e parafusos



Diagnóstico Final: _____

CONDIÇÕES DE ALTA

Melhorada ☒ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito - 48 h ☐ Óbito - 48 h ☐

MOTIVO DA ALTA

Decisão Médica ☒ Alta a Pedido ☐ Transferência ☐ LOCAL ☐ Evasão ☐ Indisciplina ☐

Data do Internamento: 30/01/17

Data da Alta: 01/02/17

Local: h ... moitas



Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde - Secretaria de Saúde - Pernambuco

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL SÃO VICENTE		2351633	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL SÃO VICENTE		2351633	

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO										NOME ATEND.									
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE										7 - SENHA/REGULAÇÃO									
8 9 8 0 0 2 9 9 8 2 9 6 9 6 8										8 - Nº DO PRONTUÁRIO									
9 - NOME DO PACIENTE										10 - DATA DE NASCIMENTO									
JOSE ALVES DE ARAUJO NETO										25/12/1989									
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL										11 - SEXO									
MARIA VILANI CAVALCANTE DE ARAUJO										Mascul ☒ Femin ☐									
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)										13 - TELEFONE DE CONTATO									
SITIO QUEIMADAS, 0 - ZONA RURAL										8 3 9 8 7 9 9 3 2 8									
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA										16 - COD. IBGE MUNICÍPIO									
FLORES										260560									
17 - UF										18 - CEP									
PE										5 6 8 5 0 0 0 0									

-JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente portador de MI, defor-
midade funcional R.D., com
doz e fratura de L. 1, 2 e 3.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DE DIAGNÓSTICO

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

21 - DIAGNOSTICO INICIAL			22 - CID. 10 PRINCIPAL		
Gravida 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,					

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		27 - COD. DO PROCEDIMENTO	
Anestesia Cirúrgica				0108050705	
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CV) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
TRAUMATOLOGIA	01	1 - IENS 1 X 1CIF	0 0 1 7 7 9 4 7 6 4 9 2		
32 - ASSINATURA DO SOLICITANTE/ASSISTENTE		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO		34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)	
Assinatura de Carlos de Freitas		21/01/17		Mauriciana Pereira Ferreira CPF: 033.473.994-43 CRM: 16278	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35- ACIDENTE DE TRÂNSITO		36- ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37- ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		38- CNPJ DA SEGURADORA		39- Nº DO BILHETE		40- SÉRIE	
						41- CNPJ DA EMPRESA		42- CNAE DA EMPRESA		43- CBOR	
44- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA											
EMPREGADO		EMPREGADOR		AUTÔNOMO		DESEMPREGADO		APOSENTADO		NÃO SEGURO	

AUTORIZAÇÃO

43 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO		AUTORIZAÇÃO		46 - COD. ORGÃO EMISSOR		51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AJH)	
		M261390001				261310426607	
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52 - MOTIVO DA ALTA:			
1 CNS x 1 CPP		4131910 Pádua, L. S. de Almeida Melo		MOTIVO DA ALTA:		12	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO		53 - DATA DE INTERNAÇÃO:		02	
1 / 1		CPF: 153.422.14-15 CRM: 8603		DATA DE INTERNAÇÃO:		30.08.17	
		Médico Autorizador		DATA DA ALTA:		01.09.17	
		XI GERES					

MCJ - Assessoria Hosp. & Inf. LTDA Rua da Bahia, 570 - 9º andar - Centro - 30.160-010 Belo Horizonte-MG Fone (31)3214-0600



Cirurgia Realizada:		Nº do Procedimento:	
Data: 01/02/17		Início: 1º Período	
Cirurgião:	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesiologista:
Antônio			Luiz

Descrição Cirúrgica

Subcutâneo
 Aberto a MID e viceversa - Mergulho
 R. D. Rouco e forçada
 fatura de tecido uterino
 02 FIOS KIRSCHWANGER - 2/0
 Raciocínio

Antônio Rodrigues de Freitas
 CRM: 7351

EXCELSIOR SEGUROS
 18 ABR 2017
 SEGURO DPVAT.

