PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Josenia Adriana da Silva, nacionalidade: Brasileira, estado civil: Casada, profissão: do Lar, portador (a) da cédula de identidade R.G. nº. 5.832.731, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº: 035.449.714-10, residente e domiciliado (a) na rua Avenida Cruzada de Santo Amaro 1-A, bairro Centro, Cidade Recife-PE, CEP: 01340-000.

OUTORGADO: Igor Calixto Amorim, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional de Recife, Pernambuco OAB-PE, sob nº 44.369, endereço profissional localizado na Rua Presidente Nilo Peçanha, nº 531, Bloco C, Apartamento "903", Conjunto Residencial Boa viagem II, Bairro Imbiribeira, CEP: 51160-220 – Recife – Pernambuco, endereço eletrônico: calixto.advp@gmail.com

PODERES GERAIS: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes amplos e gerais contidos na cláusula *ad judicia et extra*, e especialmente para propor Ação Civil, para a defesa de meus direitos e interesses.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, peticionar a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo em conjunto ou separadamente, em Juizo ou fora dele, assim como, podendo substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, enfim, praticar todos os atos processuais que achem oportunos e convenientes para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Recife - PE, 07 de maio de 2019.

OUTORGANTE

IGOR CALIXTO AMORIM
OAB/PE 44.369

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jeziane Helena da Silva Melo, portado(a) do RG de nº. [illegible], CPF nº. 035.069.714-10, Endereço: Rua Tenente de Barros 55 A, Bairro: Torreão Nova Verde, Cidade: Recife - PE, CEP nº. 51130-210.

OUTORGADO: Ivanildo Alves Aróxa Júnior, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, seccional de Recife-Pernambuco, OAB/PE, sob o nº. 44.378, com escritório profissional na Rua Pintor Agenor Albuquerque César, nº 374- A, Vila do SESI, Bairro do Ibura, CEP: 51230-230, Cidade do Recife, Estado de Pernambuco.

PODERES GERAIS: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes amplos e gerais contidos na cláusula *ad judicia et extra*, e especialmente para propor ações cível, para a defesa de meus direitos e interesses.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, peticionar a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo em conjunto ou separadamente, em Juízo ou fora dele, assim como, podendo substabelecer está a outrem, com ou sem reservas de poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, enfim, praticar todos os atos processuais que achem oportunos e convenientes para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Recife - PE, 16 de abril de 2019.

Jeziane Helena da Silva Melo
OUTORGANTE

CPF n. 035.069.714-10

IVANILDO ALVES AROXA JUNIOR
OAB/PE44.378

Rua Pintor Agenor Albuquerque César - Nº 374 A - Vila do Sesi – Recife – PE
aroxaaj@gmail.com (81) 98534-1503 – (81) 97909-0461

DECLARAÇÃO

Eu, Josiane Helena da Silva Melo

portador (a) do RG nº [illegible], e CPF nº [illegible], residente e domiciliado (a) na rua [illegible], nº [illegible], bairro [illegible], cidade [illegible] CEP [illegible], DECLARO, para os devidos fins de direito, que não tenho condições de arcar com as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios, sem que isso represente prejuízo do sustento pessoal e familiar.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente

Pernambuco, maio 16 de [illegible] de 2019.

Josiane Helena da Silva Melo

Assinatura do Declarante

Rua Pintor Agenor Albuquerque César - Nº 374 A - Vila do Sesi – Recife – PE
aroxadj@gmail.com (81) 98554-1505 – (81) 97909-0461

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº. [illegible]

Nome : [illegible]

Foi atendido às [illegible] h do dia 24 / 11 / 17

Diagnóstico Provavel [illegible]

[illegible] data da alta 09 / 12 / 17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA [illegible]

Observação : _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

09/12/17 [illegible] Cod. 0183

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº : [illegible]

Nome : [illegible]

Foi atendido às [illegible] h do dia [illegible]

Diagnóstico Provável [illegible]

[illegible] data da alta [illegible]

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA [illegible]

Observação : _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

[illegible] Cor: 0103

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA [illegible] BURA

AVENIDA RIO LARGO, 1, PROXIMIDADES
[illegible] FORAM
[illegible] PERNAMBUCO

Eloarame Helena da Silva Melo.

IC 3 SEC
0238100/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 010ª CIRCUNSCRIÇÃO - IBURA - DP10ªCIRC
DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0100001533**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/07/2018** às **14:47**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **24/11/2017** às **20:20**

AVENIDA RIO LARGO, 1, PROXIMIDADES DO MERCADO PROAE NO BAIRRO DA UR2,IBURA COHAB RECIFE PERNAMBUCO, BRASIL
VIA PUBLICA - NA RUA,PERTO MERCADO PROAE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFERIDO E VERIFICADO
10 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP: 52011-040

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

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

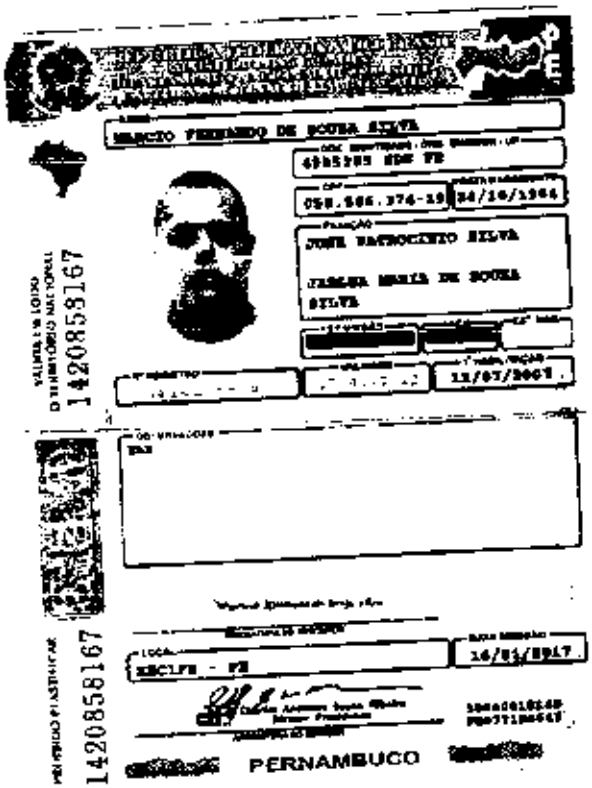
JOSEANE HELENA DA SILVA MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** - Mãe: **HELENA JOSEFA DA SILVA** - Pai: **JOSE MANOEL DA SILVA** - Data de Nascimento: **5/10/1973** - Naturalidade: **CARUARU PERNAMBUCO BRASIL** - Documento: **5832731 SDS PE (RG)** - **01504871410 (CPF)** - Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** - Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** - Profissão: **DO LAR** - Telefone: **984122169**

AVENIDA CHAPADA DO ARARIPE, 1, PROXIMO DO TERMINAL DE ONIBUS DO JARDIM MONTE VERDE,IBURA - CEP: 55845-000 - Bairro: COHAB - RECIFE PERNAMBUCO BRASIL

CONDUTOR DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** - Nacionalidade: **NÃO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL** - Nome da Mãe: **DESCONHECIDO** - Nome do Pai: **DESCONHECIDO** - Profissão: **MOTORISTA**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BURA

Assinado eletronicamente por: VANILDO ALVES AROXA JUNIOR - 09/05/2019 15:55:42
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050915554259600000044209944
Número do documento: 19050915554259600000044209944



elpe

elpe energia

4001980217 04/2018

03/05/2018 14/05/2018

44 62

MATRIZ
EMPRESTIMOS E FINANCIAMENTOS
AGÊNCIA CAMPEÃO

celpe
neoenergia

4001980217

07/2019

07/03/2019

14/03/2019

101 59

07/03/2019

10

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSEANE HELENA DA SILVA

Data de Inscrição
935049714-19

Data de Nascimento
05/10/78

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 062.05.2018
EM: 21.05.2018

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **JOSEANE HELENA DA SILVA MELO,** portadora do Documento de Identidade nº **5832731** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **035.049.714-10**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-408941,** que no dia 24 de novembro de 2017, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima envolvida em colisão entre moto e ônibus, por volta das 20h, na Avenida Rio Largo, no cruzamento com Avenida 21 de Junho, em frente do Mercadinho Proab, UR-03 Ibura, Recife/PE e, em seguida, sendo socorrida para o Hospital da Restauração.
Recife, 21 de maio de 2018.

Dr. **Sergio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

192

Secretaria de Saude
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 062.05.2018
EM: 21.05.2018

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **JOSEANE HELENA DA SILVA MELO,** portadora do Documento de Identidade nº **5832731** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **035.049.714-10**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-408941,** que no dia 24 de novembro de 2017, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima envolvida em colisão entre moto e ônibus, por volta das 20h, na Avenida Rio Largo, no cruzamento com Avenida 21 de Junho, em frente do Mercadinho Proab, UR-03 Ibura, Recife/PE e, em seguida, sendo socorrida para o Hospital da Restauração.
Recife, 21 de maio de 2018.

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

CONFERE COM O ORIGINAL
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 AGO 2019
Agente Segurança SIA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu_____.

RG nº_____ data de expedição/___/___/____ Orgão_____, portador do CPF nº _____ com domicílio na cidade de _____ no Estado de _____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) _____ _____,nº_____, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima _____ cujo o condutor era _____.

Veículo:
Modelo
Ano:
Placa:
Chassi:
Data do Acidente
Local e Data: _____

_____
Assinatura do Declarante

_____

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

Seguradora S/A

Declaração do Proprietário do Veiculo

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição / / , Orgão _____, portador do CPF nº _____, com domicilio na cidade de _____, no Estado de _____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) _____, nº _____, complemento _____, declaro sob as penas da Lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima _____, cujo o condutor era _____.

Veiculo:
Modelo:
Ano:
Placa:
Chassi:
Data do Acidente:
Local e Data. _____

_____
Assinatura do Declarante

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

Seguradora SIA

DECLARAÇÃO

Eu, Josiane Helena da Silva Melo, portador (a) do RG nº 5.552.731 / , e CPF nº 055.649.714-16, residente e domiciliado (a) na rua Maria Eugenia de Jesus, nº 02, bairro Jardim Luiz Vaz, cidade Cabo de Santo Agostinho, CEP 54534-000, DECLARO, para os devidos fins de direito, que não tenho condições de arcar com as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios, sem que isso represente prejuízo do sustento pessoal e familiar.

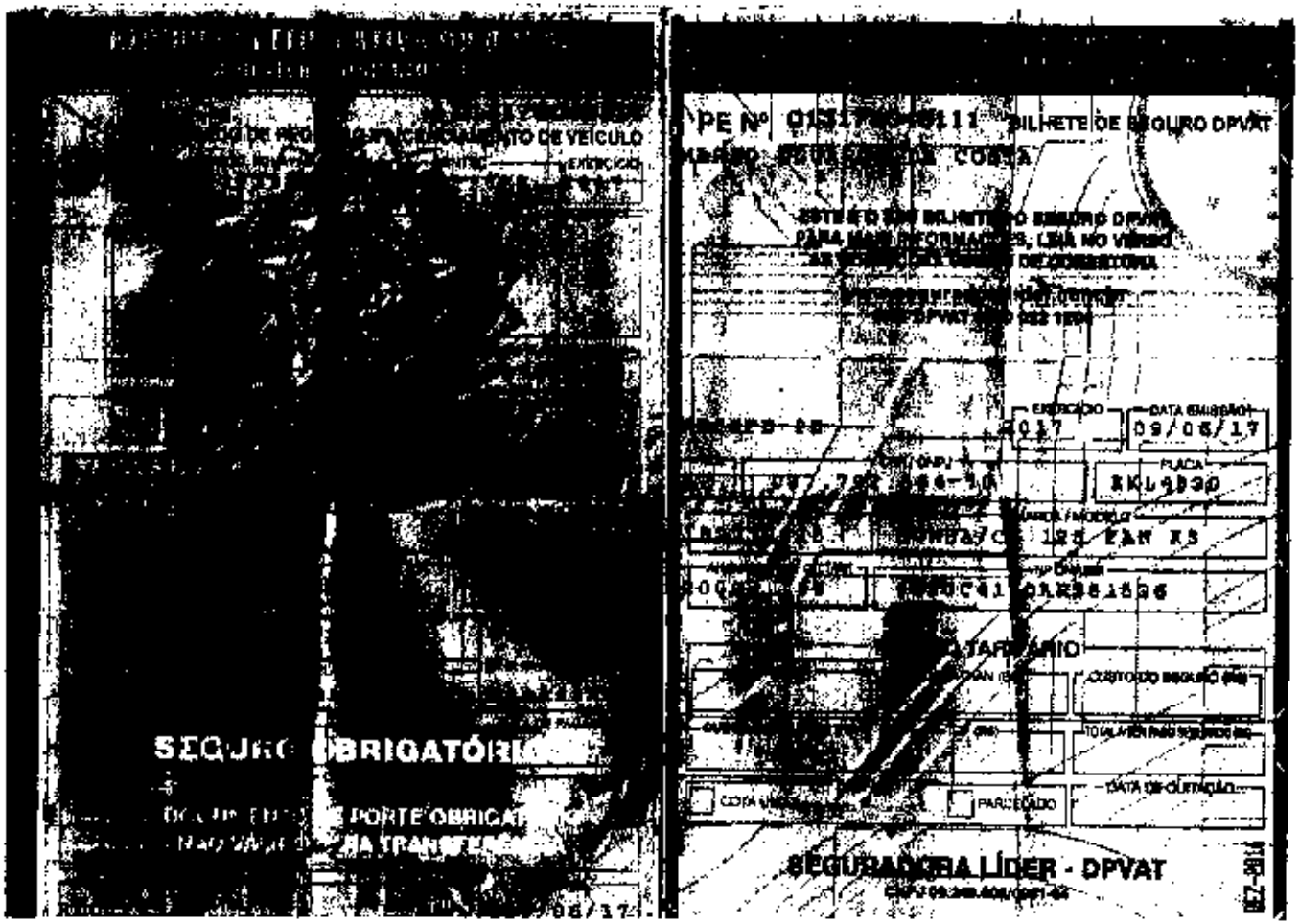
Por ser a expressão da verdade, firmo a presente

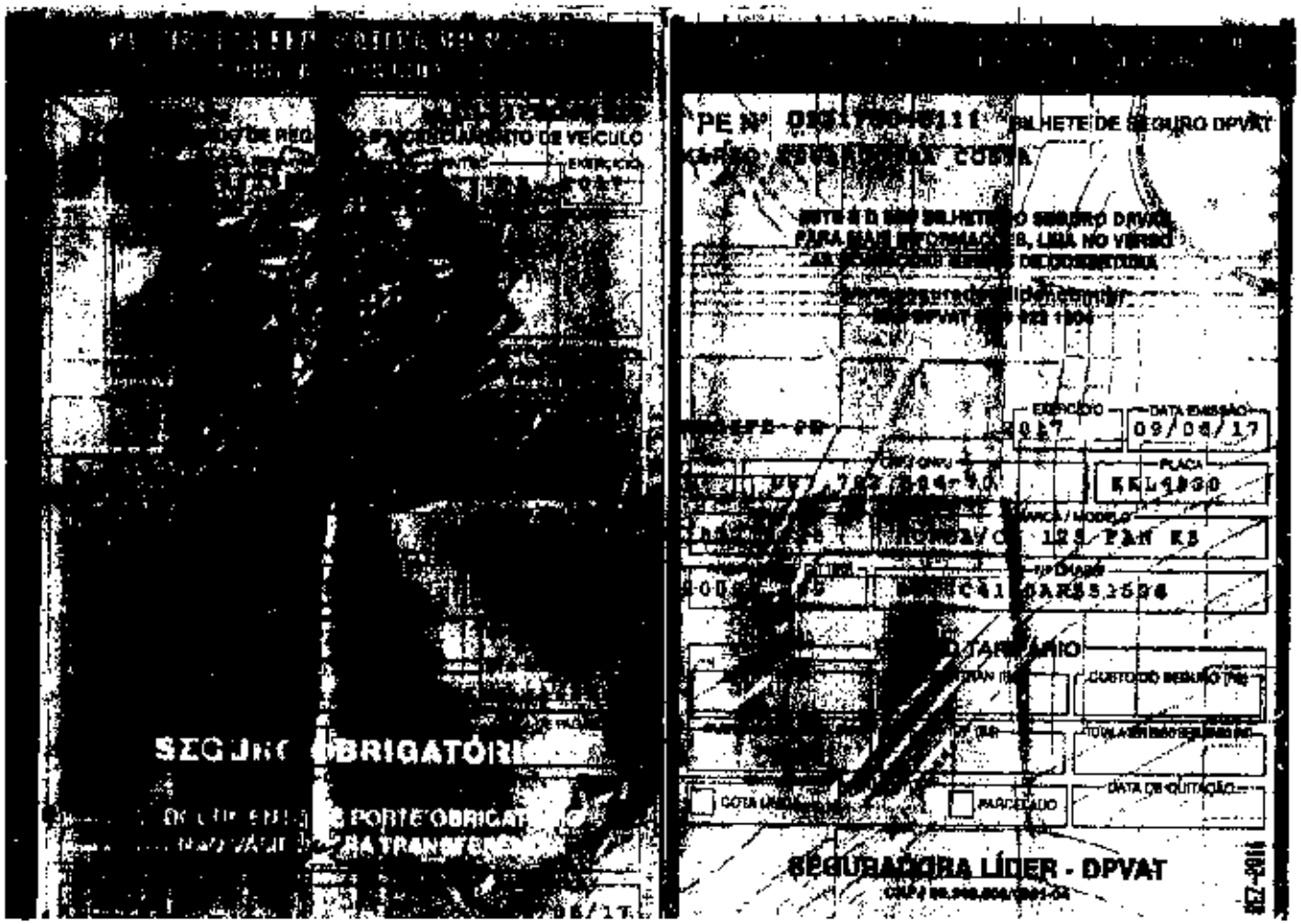
Pernambuco, Cabo de Santo Agostinho 16 de maio de 2019

Josiane Helena da Silva Melo

Assinatura do Declarante

Rua Pintor Agenor Albuquerque Cézar - Nº 374 A - Vila do Sesi – Recife – PE
aroxaaj@gmail.com (81) 98534-1503 – (81) 97909-0461





Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de:	JOSEANE HELENA DA SILVA
Nº Sinistro:	3180363968
Vítima:	JOSEANE HELENA DA SILVA
Data do Acidente:	24/11/2017
Cobertura:	INVALIDEZ
Procurador:	MARCIO FERNANDO DE SOUZA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180363968**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação medico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em

Carta nº 13226588

Seguradora LIDER

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de:	**JOSEANE HELENA DA SILVA**
Sinistro:	**3180363968**
Vítima:	**JOSEANE HELENA DA SILVA**
Data do Acidente:	**24/11/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**MARCIO FERNANDO DE SOUZA SILVA**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180363968** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12** 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
10ª CIRCUNSCRIÇÃO – DELEGACIA DO IBURA

Recife, 11 de Julho de 2018

OFÍCIO nº 325/2018 SC

Senhor Diretor,

Através do presente, encaminho a V.S.ª, com a finalidade de proceder à **PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA** a pessoa de :

NOME: [illegible]
NATURALIDADE: [illegible]
RG: [illegible]
DATA DE NASCIMENTO [illegible]
ESTADO CIVIL: [illegible]
ESCOLARIDADE: [illegible]
PROFISSÃO: [illegible]
FILIAÇÃO: [illegible]
ENDEREÇO: [illegible]
REFERENTE AO BO: [illegible]

Outrossim, esclareço a V.S. que o competente LAUDO PERICIAL deverá ser encaminhado a esta **10ª Circunscrição Policial – Delegacia do Ibura.**

Atenciosamente,
PEDRO PAULO FIDELIS
Delegado de Polícia

ILMO. SR.
MD. Diretor do Instituto de Medicina Legal Prof. Antônio Percivo Cunha – IML.
RECIFE/PE.

RECIBO

DATA 12/01/18

HORA

MÉDICO:

Trazer no dia AGENDADO, OBRIGATÓRIO com este recibo anexado, mais COPIA documento pessoal e cópias da Ficha Estabelecimento do Hospital e/ou laudos médicos. (Se Exame Complementar trazer o resultado do exame feito no IMLA)

Atendimento por ordem de chegada!

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 898127/2017.

NOME: JOSEANE HELENA DA SILVA MELO.

Foi atendido às 21 h46 do dia 24.11.2017.

Diagnóstico provável: [illegible]

Tratamento realizado: [illegible]

Obs. [illegible]

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em [illegible]

Atenção: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451 31815572

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 898127/2017.

NOME: JOSEANE HELENA DA SILVA MELO.

Foi atendido às 21h46 do dia 24.11.2017.

Diagnóstico provável: [illegible]

Tratamento realizado: [illegible]

Obs. [illegible]

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em [illegible]

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTERIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE – CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 898127/2017.

NOME: JOSEANE HELENA DA SILVA MELO.

Foi atendido às 21 h46 do dia 24.11.2017.

Diagnóstico provável: TCE - Grave / [illegible]

Tratamento realizado: CID: S02.

TCE de crânio / TCE cervical

RX no tórax.

RX de pelve e quadril

Obs: [illegible]

Alta em 29/12/2017

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia do Prontuário Médico em 20/06/2018

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 89 81 27

Nome: Josiane Helena da Silva Melo

Foi atendido às 21:46 h do dia 24/11/17

Diagnóstico Provável TCE Grave no agudo

capital c.b.Sa2 data da alta 09/12/17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que apareceu após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação : _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

09/12/17 Cod. 0165

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 896127/2017.

NOME: JOSEANE HELENA DA SILVA MELO.

Foi atendido às 21 h46 do dia 24.11.2017.

Diagnóstico provável: TCE Grave / [illegible]

Tratamento realizado: CID: S02.

TCE [illegible] / TCE [illegible]

RX [illegible]

RX [illegible]

Obs: [illegible]

Alta em 29/12/2017

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 20/06/2018

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 898127

Nome: Josiana Helena da Silva Melo

Foi atendido às 21:46 h do dia 24/11/17

Diagnóstico Provável TCE Grave na agua

capital C.O.S02 data da alta 09/12/17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

09/12/12 Cód. 9183

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 898127/2017.

NOME: JOSEANE HELENA DA SILVA MELO.

Foi atendido às 21h46 do dia 24.11.2017.

Diagnóstico provável: [illegible]

Tratamento realizado: [illegible]

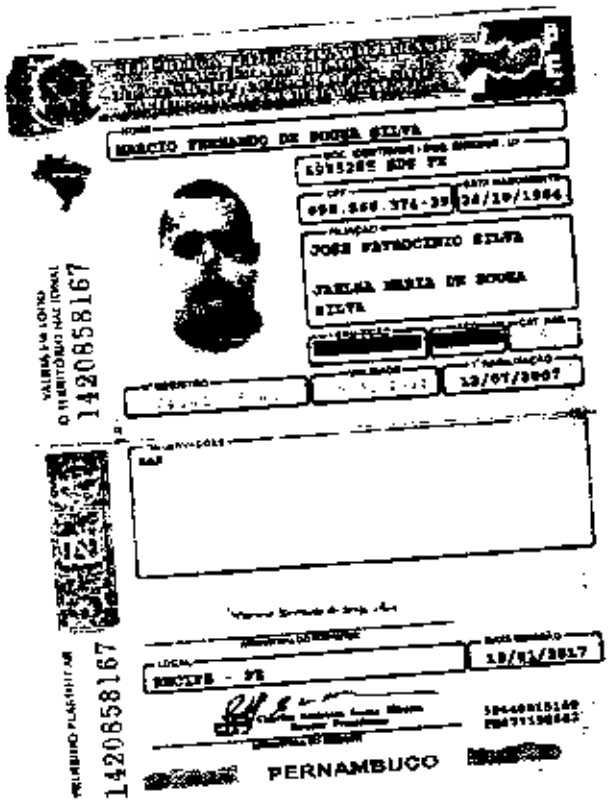
Obs. [illegible]

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em [illegible]

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572



MARCIO FERNANDO DE SOUSA SILVA

JOSE PATROCINIO SILVA

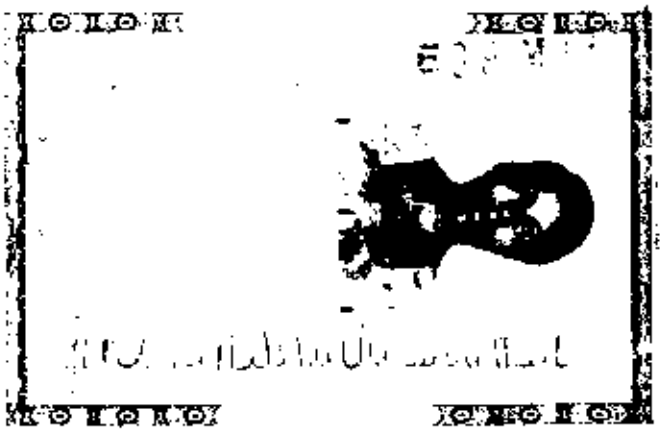
VANILDA MARIA DE SOUSA SILVA

14/07/2007

1420858167

1420858167

PERNAMBUCO



5.832.731 07/07/2012

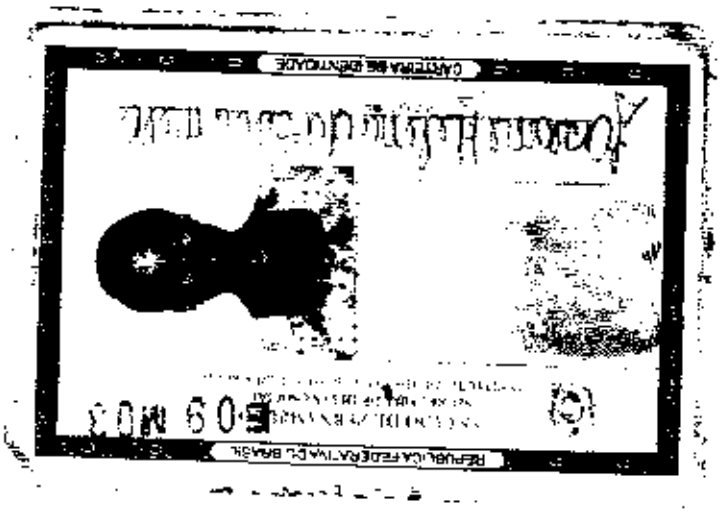
<< JOSEANE HELENA DA SILVA MELO >>

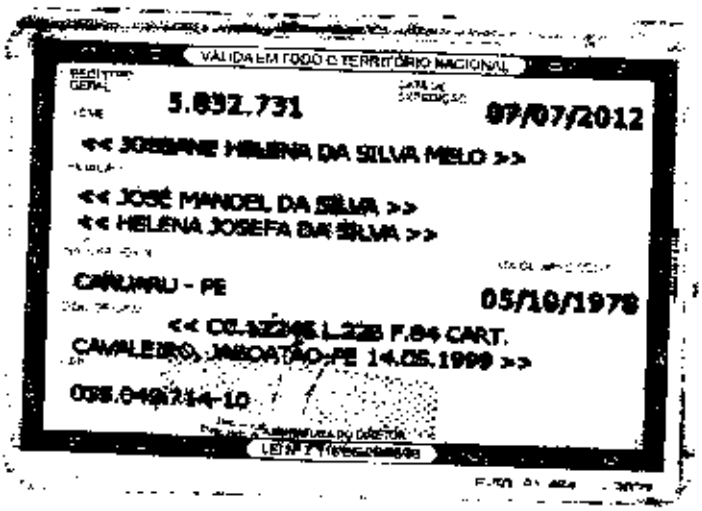
<< JOSÉ MANOEL DA SILVA >>
<< HELENA JOSEFA DA SILVA >>

CARUARU - PE 05/10/1978

<< CC.12246 L.228 F.84 CART.
CAVALEIRO, JABOATÃO-PE 14.05.1999 >>

035.049.714-10





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.832.731

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/07/2012

<< JOSIANE HELENA DA SILVA MELO >>

<< JOSÉ MANOEL DA SILVA >>
<< HELENA JOSEFA DA SILVA >>

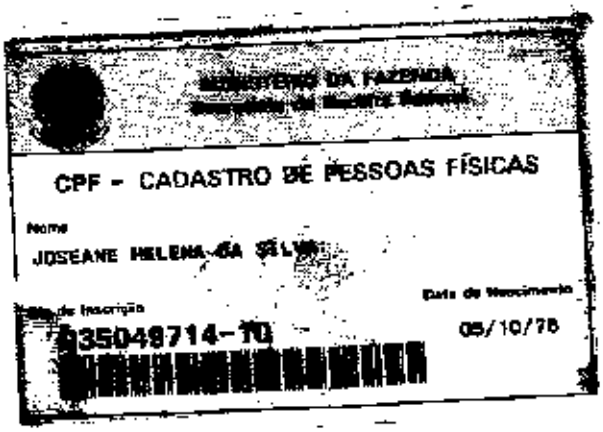
CAMUNRU - PE

DATA DE NASCIMENTO 05/10/1978

<< CC.32265 L.228 F.84 CART. CAVALEIRO, JABOATÃO-PE 14.05.1999 >>

035.049.714-10

LEI Nº 7.116 DE 29/08/1983



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSEANE HELENA DA SILVA

Data de Nascimento
05/10/75

Nº de Inscrição
035049714-10

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
10º CIRCUNSCRIÇÃO – DELEGACIA DO IBURA

Recife, 11 de Junho de 2018

OFICIO nº 35/2018 SC

Senhor Diretor,

Através do presente, encaminho a V.S.ª com a finalidade de proceder à **PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA** a pessoa de

NOME: [illegible]
NATURALIDADE: [illegible]
RG: [illegible]
DATA DE NASCIMENTO [illegible]
ESTADO CIVIL: [illegible]
ESCOLARIDADE: [illegible]
PROFISSÃO: [illegible]
FILIAÇÃO: [illegible]
ENDEREÇO: [illegible]
REFERENTE AO BO: [illegible]

Outrossim esclareço a V.S. que o competente LAUDO PERICIAL deverá ser encaminhado a esta **10º Circunscrição Policial – Delegacia do Ibura.**

Atenciosamente,
PEDRO PAULO FIDELIS
Delegado de Polícia

ILMO. SR.
MD Diretor do Instituto de Medicina Legal Prof. Antônio Persivo Cunha – IML
RECIFE/PE.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
10ª CIRCUNSCRIÇÃO – DELEGACIA DO IBURA

Recife ___ de ___ de 2018

OFÍCIO nº ___/2018 SC

Senhor Diretor,

Através do presente encaminho a V.S.ª, com a finalidade de proceder à **PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA** a pessoa de :

NOME: ___
NATURALIDADE: ___
RG: ___
DATA DE NASCIMENTO: ___
ESTADO CIVIL: ___
ESCOLARIDADE: ___
PROFISSÃO: ___
FILIAÇÃO: ___
ENDEREÇO: ___
REFERENTE AO BO: ___

Outrossim, esclareço a V.S. que o competente LAUDO PERICIAL deverá ser encaminhado a esta **10ª Circunscrição Policial – Delegacia do Ibura.**

Atenciosamente
PEDRO PAULO FIDELIS
Delegado de Polícia

ILMO. SR.
MD. Diretor do Instituto de Medicina Legal Prof. Antônio Persio Duarte – IML
RECIFE/PE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 898127/2017.

NOME: JOSEANE HELENA DA SILVA MELO.

Foi atendido às 21 h46 do dia 24.11.2017.

Diagnóstico provável: [illegible]

Tratamento realizado: [illegible]

Obs. [illegible]

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em [illegible]

Atenção: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

RECIBO

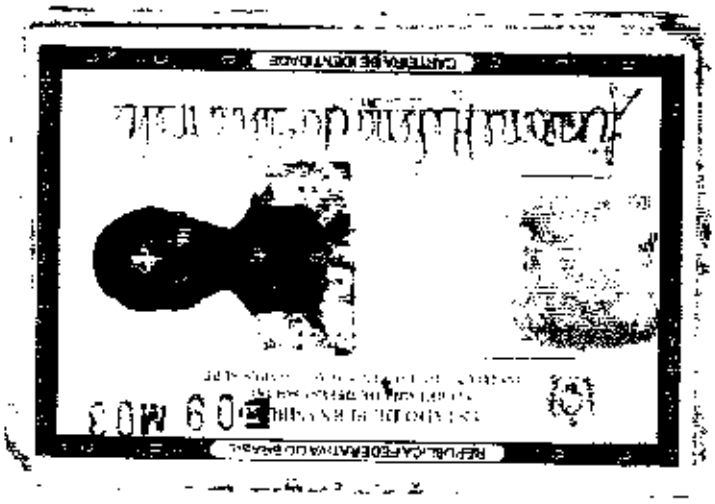
DATA [illegible]

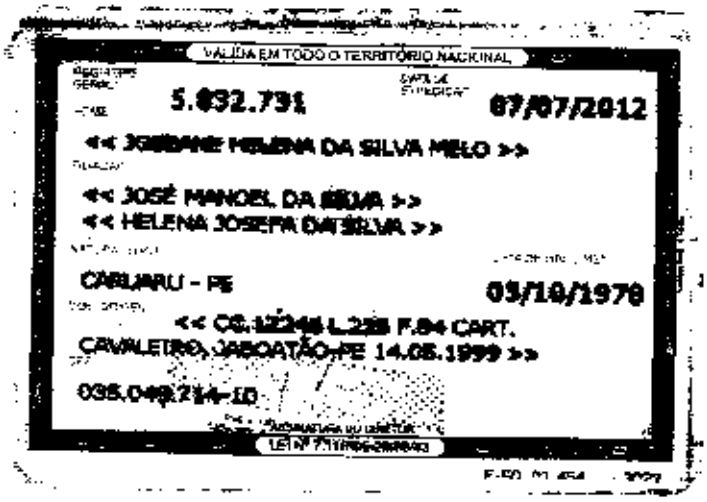
HORA [illegible]

MÉDICO: [illegible]

Trazer no dia AGENDADO, OFICIO com este recibo anexado, mais 1 CÓPIA documento pessoal e cópias da Ficha Encaminhamento do Hospital e/ou laudos médicos. Se Exame Complementar trazer o resultado ou [illegible] feito no [illegible]

Atendimento por ordem de chegada.





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.832.731 07/07/2012

<< JOSIDANE HELENA DA SILVA MELO >>

<< JOSÉ MANOEL DA SILVA >>
<< HELENA JOSEFA DA SILVA >>

CARUARU - PE 05/10/1970

<< CG.12248 L.288 F.84 CART. CRIVALETRO, JABOATÃO-PE 14.05.1999 >>

035.049.214-10

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSEANE HELENA DA SILVA**

Sinistro: **3180363968**
Vítima: **JOSEANE HELENA DA SILVA**
Data do Acidente: **24/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCIO FERNANDO DE SOUZA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180363968 foi interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de:	JOSEANE HELENA DA SILVA
Nº Sinistro:	3180363968
Vítima:	JOSEANE HELENA DA SILVA
Data do Acidente:	24/11/2017
Cobertura:	INVALIDEZ
Procurador:	MARCIO FERNANDO DE SOUZA SILVA

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180363968**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o **seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.** Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o SAC **DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06.** Tenha em

Carta nº 1126588