



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TAVARES DE ARAÚJO

10 P. 20

Luciene Cardoso dos Santos

SIGNATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5134050

DATA DE EXPEDICÃO 16.12.1993

NOME

LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

ENDEREÇO

Valdemar Pereira dos Santos

Maria José Cardoso dos Santos

NACIONALIDADE

Flores-PE.

DATA DE NASCIMENTO

23.04.1976

C.N.A. 251-Fls. 63v. Liv. 53

Cart. Reg. Civil-Flores-PE.

SIGNATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO SINTECOGOMUS DE FLORES

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NOME

LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

CPF

024721284-70

Data de Emissão

13/02/78



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **024.721.254-70**

Nome da Pessoa Física: **LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **23/02/1976**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/05/1995**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:10:04** do dia **26/04/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FFC3.D881.0437.2E2A**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TAVARES DE ARAÚJO

10 P. 20

Luciene Cardoso dos Santos

SIGNATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5134050

DATA DE EXPEDICÃO 16.12.1993

NOME

LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

ENDEREÇO

Valdemar Pereira dos Santos

Maria José Cardoso dos Santos

NACIONALIDADE

Flores-PE.

DATA DE NASCIMENTO

23.04.1976

C.N.A. 251-Fls. 63v. Liv. 53

Cart. Reg. Civil-Flores-PE.

SIGNATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO SINTECOGOMUS DE FLORES

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NOME

LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

CPF

024721284-70

Data de Emissão

13/02/78



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **024.721.254-70**

Nome da Pessoa Física: **LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **23/02/1976**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/05/1995**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:10:04** do dia **26/04/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FFC3.D881.0437.2E2A**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





União

26 ABR. 2017

Seguradora

[illegible]

SEGURODORA UNIAO

23 MAIO 2017

FILIAL RECIFE

OUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN/PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 - 927501831 - 14/07/15

PLACA: KJG1383

CHASSI: 19C2K0810R18150

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

PAZ - MOTOCICLETA

MARCA: HONDA

MODELO: CB 150

ANO/FABR: 2002

ANO/DOC: 2007

CATEGORIA: 1

IPVA 2013: QUITADO

VENÇ. COTA ÚNICA: 11

PACOTE VEÍCULO: 2

PREMIO TARIFARIO: 3

PREMIO TOTAL (R\$):

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

CONSERVAÇÕES:

DATA: 14/07/15

ASSINATURA: André Luiz Sousa Ribeiro

DETRAN/PE

União
26 ABR. 2017
Seguradora

PE Nº 012210261661 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

RONALDO LOURENÇO TUNCA

ESTES O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

RENAVAM: 927506821

CH/ONP: 793.477.894-93

PLACA: KUG7385

EXERCÍCIO: 2015

DATA EMISSÃO: 14/07/15

MARCA/MODELO: HONDA CB 150

CHASSI: 19C2K0810R18150

PREMIO TARIFARIO: 3

CUSTO DO SEGURO (R\$):

SEGURO PAGO

COTA ÚNICA: 11

PAGAMENTO: 2

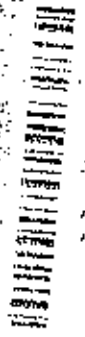
DATA DE OUTRAGAO: 14/07/15

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.238.888/0001-04

WWW.LIDERDPVAT.COM.BR

DETRAN/PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170234993 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170234993 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma membro inferior esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento Conservador.
Sem complicações

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 24/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



OUTORGANTE:

Nome: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: AGRICULTORA, portador(a) do RG 5134.050, órgão expedidor SSP-TB
e do CPF: 029.721.254-70, residente no(a) SITIO BARRA DE SOUZA
nº 2050, bairro: ZONA RURAL, município: CALUMBI / PE

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE ARAUJO brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AUTONOMO, portador(a) do RG 2879255, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 508.797.544-20, residente no(a) RUA LUIZ ALVES DE MELO LIMA
nº 850, bairro: AABB, município: SERRA TALHADA / PE

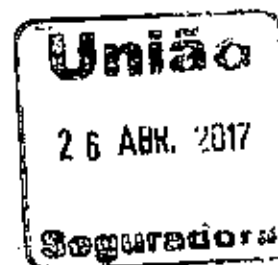
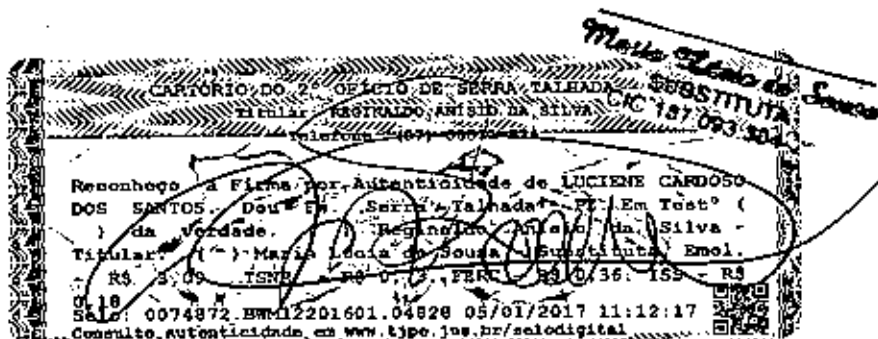
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, seja depositada em minha conta e não na conta do procurador, da vítima LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

Local e Data: Serra Talhada, 05 de janeiro de 2017

Luciene Cardoso dos Santos



Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2017

Carta nº: 10926419

A/C: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170234993 ASL-0161679/17
Vitima: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS
Data Acidente: 17/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo 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 **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** 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



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2017

Carta nº: 10926514

A/C: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170234993 ASL-0161679/17
Vítima: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS
Data Acidente: 17/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

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 UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11327808

A/C: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

Sinistro: 3170234993 ASL-0161679/17
Vítima: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS
Data Acidente: 17/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

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



**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): Luciene Cardoso dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Barra de Souza, 2050
Calumbi Rural Calumbi PE CEP: 56930-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5134050
Data local do exame: [24/07/2017] Serra Talhada [PE]

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)

**TRAUMA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
CICATRIZ NO JOELHO ESQUERDO**

- 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?

(X) 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?

(X) 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.

RELATA DOR

Data da alta: 26/09/2016

CONSERVADOR

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

() Sim (X) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(X) "Sem sequela permanente"

**(NÃO EXISTEM LESÕES DIRETAMENTE DECORRENTES
DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE NÃO SEJAM
SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR
QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA)**

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 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 (*).

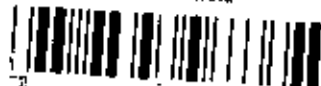
() Total = "100% da IS"

- 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. André Gustavo F. Souza
- Médico -
CRM/PE 19340/CRM-PB 8607



26 ABR. 2017

Soguradora

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0267004016

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/11/2016 às 12:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/9/2016 às 16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, SÍTIO JUREMA / ZONA RURAL / PE-320 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / RODOVIA PE-320**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAOSE APLICA (AUTOR / AGENTE)
RONALDO LOURENÇO DUNGA (VÍTIMA)
LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RONALDO LOURENÇO DUNGA**



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

RONALDO LOURENÇO DUNGA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: BENEDITA ELIZA DA CONCEIÇÃO Pai: DAGMAR LOURENÇO DUNGA Data de Nascimento: 7/5/1972 Naturalidade: BETANIA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4325846/SDS/PE (RG), 79347789453 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 87988053706

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CALUMBI, 1, SÍTIO BARRA / ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CALUMBI/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE CARDOSO DOS SANTOS Pai: VALDEMAR PEREIRA DOS SANTOS Data de Nascimento: 23/2/1976 Naturalidade: FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5134050/SSP/PE (RG), 02472125470 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 87988053706

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CALUMBI, 1, SÍTIO BARRA / ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CALUMBI/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RONALDO LOURENÇO DUNGA**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **RONALDO LOURENÇO DUNGA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KJG7385** (PERNAMBUCO/CALUMBI) Renavam: **927506831** Chassi: **9C2KC08107R188158**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. RONALDO LOURENÇO DUNGA, PARA COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA PELA RODOVIA PE-320 NO SENTIDO CALUMBI / SERRA, LEVANDO EM SUA GARUPA A VÍTIMA LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DO SÍTIO JUREMA, O CONDUTOR PARA NÃO COLIDIR EM UM TRANSEUNTE QUE ATRAVESSOU NA RODOVIA, VEIO A FAZER UMA MANOBRA BRUSCA E CAIR JUNTAMENTE COM A GARUPA, SENDO AMBOS SOCORRIDOS POR POPULARES PARA O HOSPAM ONDE RECEBERAM ATENDIMENTO MÉDICO.

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

RONALDO LOURENÇO DUNGA

(VÍTIMA)

LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Alexandre Bittencourt Santos* **ALEXANDRE BITTENCOURT SANTOS** - Matrícula: **272.710-2**

Luciene Cardoso dos Santos

Ronaldo Lourenço Dunga

Imprimir



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IM



Eu, Mauciene Cardoso dos Santos, portador da carteira de identidade nº 5134050 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.421.254-70 residente e domiciliado na Rua Banco de Souza Cidade Calumbi-PE Estado Pernambuco, 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 §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Mauciene Cardoso dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sereia Talhada 24/11/2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IM



Eu, Mauciene Cardoso dos Santos, portador da carteira de identidade nº 5134050 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.421.254-70 residente e domiciliado na Rua Banco de Souza Cidade Calumbi-PE Estado Pernambuco, 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 §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Mauciene Cardoso dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sereia Talhada 24/11/2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IM



Eu, Mauciene Cardoso dos Santos, portador da carteira de identidade nº 5134050 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.421.254-70 residente e domiciliado na Av. Banco de Souza Cidade Calumbi-PE Estado Pernambuco, 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 §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Mauciene Cardoso dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sereia Talhada 24/11/2016

Local e data



Ato declaratório



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 90

Data e Hora: 30/09/16 16:32	Data Nas.: 23/02/76
Nome: <u>Mrs. Jose Cardoso dos Santos</u>	
Mãe: <u>Mrs. Jose Cardoso dos Santos</u>	
Profissão: <u>Agricultora</u>	Sexo: <u>F</u> Estado Civil: <u>Casado</u> Escolaridade: <u>3º grau</u>
Responsável: <u>a mesma</u>	
End. do Paciente: <u>Sítio Barra</u>	
Bairro: <u>Z. Rural</u>	Município: <u>Catumbi - PE</u> Fone: <u>98805-1525</u>
Cartão SUS:	
Doc. Identidade:	
Tipo de Atendimento:	
☒ Acidente de Trânsito	Acidente de Trabalho ☐
☐ Agressão	Consulta ☐
Raça/Cor:	
☐ Preto	Parda ☒
☐ Amarelo	Indígena ☐

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

História e Exame Físico: Moto x moto, caindo há ± 1h. Nega
dores / vômitos. Vít. 6 mos. Anemia - hipertensão.
AO EX! 4 - DOK.
ausculta em pulm., tórax.
fce extensa em dorso exp.

Tratamento: fractura 1º grau em perna dir.

CBE - curativo

- AN tórax PA

- II dorso exp AP e perna

- Av. ortopedia.

Dr. Eleazar Araújo
Ortopedia
CRM-PE 13.524
CRM-CE 8009

Impressão Diagnóstica:

Fractura

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às _____ hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

União

26 ABR. 2017

Seguradora

FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

Paciente:

Idade:

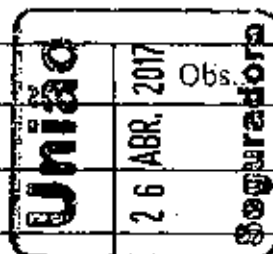
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Acidente de trânsito
17/09/16

Exames Solicitados

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.
tramadol 100mg EV SR 0,9x 400mg		
Paracetamol 750mg VO VAT 0,5mg IM		
KEFUN 2g + AD EV		



Dr. Eleazar Araújo
Uniao
CRM PE 12.574
CRM RJ 8000



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

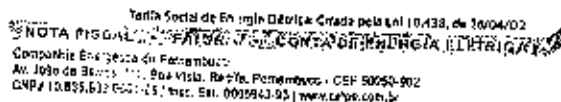
Eu, Luciene Cardoso dos SantosRG nº 5134050 data de expedição 16/12/93 Órgão SSP-PE

CPF nº 024.121.254-70 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>Sítio Barra de Souza</u>
Número	<u>2050</u>
Apto / Complemento	<u>Zona Rural</u>
Bairro	<u>Calumbé Rural</u>
Cidade	<u>Calumbé</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56930-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 996 08 2811</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada 21/1/2016Assinatura do Declarante: Luciene Cardoso dos Santos



Sr. Yvone - 74 ANOS, JADE CONSUMIDORA
S/BARRA DE SÃO JOÃO, 20650 LICINÉ
CARLOS

CALUMBI RURAL/CALUMBI RURAL
CALUMBI PE
56930-000

CON M. CONTATTO
4008644770 10/2016
DATA DI VERIFICATO DATA PRESENTAZIONE ALLA LETTERA
31/10/2016 23/11/2016
TOTALE PAGAMENTO 42,55

072677451	UNIC4	247072018
247072018	2002029780	826499

CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION

Consumo Ativo (kWh)
Muta por passo NF 002080485 - 22/08/16
Juros por esta NF 002880505 - 22/08/16

QUANTITY	PRICE (P&)	VALUE (P&)
127,000,000	0,32712439	41,54
		0,76
		0,23

TOTAL CAPABILITY

DEMONSTRATIVO DE CUSTOS DE ESTIMACAO DE PRECATORIOS									
Nº DO INDI	Tipo DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
31427997	CAI	22-05-2016	14.269,00	24-10-2016	14.360,00	172	1,00000		127,00

[illegible][illegible]

C656 D923 3441 9204 3143 2403 0146 1728

INFORMATION IMPORTANTE

[illegible][illegible]

TABELA 1 - TABELA DE FREQUENCIA DAS INTERURPÇÕES					TABELA 2 - TABELA DE VARIACAO		
CATEGORIA	VALOR APURADO POR/DIA	LIMITE DIÁRIO	LIMITE MENSAL	VALOR	VALOR DE VARIACAO (R)		
					Máximo	Mínimo	
PMU	1,00	10,51	21,74	23,79			
PG	1,00	7,71	83,48	70,96			
DMC	5,28	5,28	5,28				

2.550 - Valor do Bônus de 2000 de 25 por cento do Capital Social - R\$ 1.375,00

CUNTA CONTRATO	Nº FIANCO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4038664770	10/2018	31/10/2018	

42.55

113.7



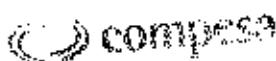
Unico

26 APR. 2017

Sources:



CNPJ Nº 09.000.000/0001-00
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2



FATURA MENSAL DE AGUA E ESGOTO

UNIDADE DE CONSUMO: 012-120

CLIENTE: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR
R. LUIZ ALVES DE MELO LIMA, N. 00850 - ABB SERRA TALHADA PE 56

INSCRIÇÃO: 138-136-123-0005-605 GRUPO 9 - DES. AUTOMATICO - 23697466

LIGADO: 01/08/2014

DATA DE VENCIMENTO: 01/08/2014

REAL

AGUA:
LEIT ANT: 587 CONSUMO: 39
LEIT ATU: 626
LEIT FAT: 626

HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

06/2014 36
05/2014 26
04/2014 41
03/2014 50
02/2014 36
01/2014 36
MEDIA: 37

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM. A LEGIS.
TURBIDEZ	70	70	70
COR APARENTE	70	70	70
CLORO RESIDUAL	70	70	70
COLIF. TOTAIS	70	70	70
E. COLI	70	70	70

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE. 10 M3 - 30,00 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,44 POR M3

21 M3 A 30 M3 - R\$ 4,09 POR M3

31 M3 A 50 M3 - R\$ 5,63 POR M3

CONSUMO	TOTAL (R\$)
10 M3	30,00
10 M3	34,40
10 M3	40,90
9 M3	50,67

VENCIMENTO: 01/08/2014

MENSAGEM:

TOTAL A PAGAR: 155,97

União

26 ABR. 2017

Seguradora



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 é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR, portador(a) do

RG nº 28.74.255, expedido por SSP-PE, em

16/07/1983, CPF/CNPJ nº 508.751.544-20,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) LUCIENE

CARDOSO DOS SANTOS do sinistro de DPVAT da natureza Involuntária

da vítima LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS, e conforme

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

Profissão: AUTÔNOMO Renda Mensal: R\$ 937,00

Documentos comprobatórios: Não possui

x Antonio Marcos Nogueira de Aguiar
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





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 é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Antônio Marcos Nogueira de Aguiar, portador(a) do RG nº 2.874.255, expedido por SSP-RJ, em 16/07/1988, CPF/CNPJ nº 508.791.544-20, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Luciene Candeza dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza da vítima Luciene Candeza dos Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa - Sr

Antônio Marcos Nogueira de Aguiar

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SEGURADORA UNIÃO

23 MAIO 2017

FILIAL RECIFE

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 é passível de comunicação ao COAF².

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

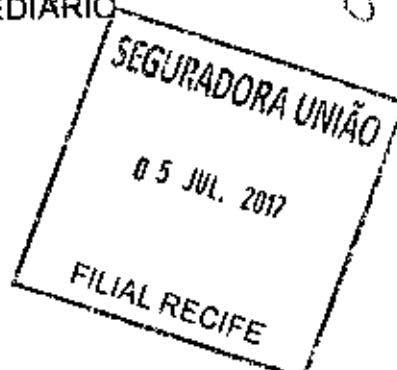
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

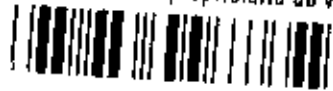
Pelo exposto, eu Antonio Marcos Vaqueiro de Aguiar, portador(a) do RG nº 2.844.255, expedido por SSP. PE, em 16 / 07 / 1983, CPF/CNPJ nº 508.791.544.20, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Luciene Cardoso dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Luciene Cardoso dos Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Renda Mensal: R\$ Recuso

Documentos comprobatórios: Recuso dar-se

Antonio Marcos Vaqueiro de Aguiar
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo Lourenço Dunga

RG nº 4.325.846, data de expedição 24/08/11

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 793.471.894-53 com

domicílio na cidade de Surua Talhada, no Estado de

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

Sítio Barra de São, nº 2090

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

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

vítima Luciene Cardoso dos Santos, cujo o condutor era

Ronaldo Lourenço Dunga.

Veículo: HONDA/CG 150 TITAN KS MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 150

Ano: 2007

Placa: KYG 4385

Chassi: 9C2KCD8107R18858

Data do Acidente: 11/09/16

Local e Data: _____

ÚNICO OFÍCIO

Ronaldo Lourenço Dunga

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

ÚNICO OFÍCIO

CARTEIRO DO REGISTRO CIVIL E TABELIÃO CALUMBI - PE

Titular: GIVALDO CORDEIRO DE LIMA

Telefone: (87) 35451-104

Reconheço a firma RONALDO LOURENÇO DUNGA, por autenticidade. Dou fé. Emolumentos: R\$ 3,26 TSNR: R\$ 0,73 FERC: R\$ 0,37 = Valor da Guia R\$ 4,36

Givaldo Cordeiro de Lima

Selo: 0075B38.LNK11201602.00004 22/11/2016 08:40:52

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/xelodigital

União

26 ABR. 2017

Seguradora



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo Lourenço Dunga

RG nº 4.325.846, data de expedição 21/08/11,
 Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 793.477.894-53, com
 domicílio na cidade de Calumbi, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Barra de Souza, nº 2050,
 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 Luciene Cardoso dos Santos, cujo o condutor era
Ronaldo Lourenço Dunga.

Veículo: Honda/CG 150 Titau KS MotocicletaModelo: HONDA CG 150Ano: 2007/2007Placa: KJG 7385Chassi: SC2KC08107R18858Data do Acidente: 17/09/2016Local e Data: Serra Talhada, 16 de maio de 2017.

Ronaldo Lourenço Dunga
 Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

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

(Sem reconhecimento de firma)



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
 TITULAR: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
 Telefone: (07) 39311-894

Reconheço a Firma por Autenticidade de RONALDO
 LOURENÇO DUNGA, Dou Fê. Serra Talhada, PE, em 17/09/2017,
 da verdade. (Ronaldo Lourenço Dunga -
 Titular, () Maria Lúcia da Silva, Substituta, Empl.
 - R\$ 3/30, TSTF - R\$ 1/78, STFC - R\$ 0/30, ISS - R\$
 0,10
 Selo: 0074872.KCP04201701.03105 16/05/2017 09:22:22
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo Lourenço Dunga

RG nº 4325.846, data de expedição 21/08/11.

Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 793.477.894-53, com domicílio na cidade de Calumbi, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Barra de Souza, nº 2050.

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado (é/era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Duciene Lemos dos Santos, cujo o condutor era

Ronaldo Lourenço Dunga.

Veículo: Honda/CG 150 TITAN KS moto/ciclota

Modelo: HONDA CG 150

Ano: 2007/2007

Placa: KAG 7385

Chassi: SC2KCO810FR18858

Data do Acidente: 17/09/2016

Local e Data: Serra Talhada, 16 de maio de 2017.

Ronaldo Lourenço Dunga

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Ronaldo Lourenço Dunga

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

(Sem reconhecimento de firma)

Cartório do 2º Ofício de Serra Talhada
Título: Registro Anúncio da BILÓDIA
Telefone: (87) 39311-824

Reconheço a Firma por Autenticidade de RONALDO LOURENÇO DUNGA: Dou-Fé. Serra Talhada - PE, 23/05/2017, de verdade. (1) Ronaldo Lourenço Dunga - Silva - Titular. (1) Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Ass. - RS 3/30. 150R - RS 0/78. EXP. - RS 0/35. 155 - RS 0/18.

04/18: 0074812.KKPO4201701.03105.16/05/2017 09:22:22
Consulte autenticidade em www.tjpe.br/selecdigital





HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nº 90

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 31/09/16 16:22	Data Nasc.: 23/02/76
Nome: Inesene Cardoso dos Santos	
Mãe: M ^{te} Jose Cardoso dos Santos	
Profissão: Agricultora	Sexo: F Estado Civil: Casado Escolaridade: 3ª grau
Responsável: a mesma	
End. do Paciente: São O Barragem	
Bairro: Z. Rural	Município: Calumbi - PE Fone: 98805-1575
Cartão SUS:	Doc. Identidade:
Tipo de Atendimento: ☒ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Consulta ☐ Agressão ☐	
Raça/Cor: ☐ Preto ☒ Parda ☐ Indígena ☐ Amarelo	

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico: Moto a moto, cano na t ^{ra} ± 1h. Nega vômitos / vômitos. Vst. 6 min. Anemia - difusa. Ao Ex! A - D - OK. Ausculta em pulm., tórax. Fee ext ^{ra} em abd ^o e esp.			

Tratamento: Ultrassom 1º grau em perna dir.

CD: - curativo
 - Nx tórax PA
 - 11 dias em AP e perna
 - An. ortop^{edica}

Dr. Eleazar Araújo
 Urologia
 CRM-PE 113.524
 CRM-CE 80004

Impressão Diagnóstica:

Pontuação

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

União

26 ABR. 2017

Seguradora

FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

Paciente:

Idade:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Acidente de trânsito
17/03/16 R

Exames Solicitados

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:
Tramadol 100mg EV		
SR 0,9% 400ml		
Paracetamol 750mg VO:		
VA 0,5mg IM		
KSPRY 2g + 4D EV		

Dr. Eleazar Araújo
Linhares
CRM-PE 12.574
CRM-OR 28300





TRIUNFO
PREFEITURA MUNICIPAL
Melhorando a vida da gente

Prefeitura Municipal de Triunfo
Secretaria de Saúde - Convênio S.U.S.
Avenida José Veríssimo dos Santos N.º 365
Telefone: (87) 3846-1294 • Triunfo - Pernambuco

Receituário

Luciene Cordova dos
Frutos

URGENTE!!
Solicito con-
sulta ORTOPEDISTA

Dr. Cicero Simões de Lima
MÉDICO
CRM: 127.365.874-00

Triunfo

08/11/16

Médico

União

26 ABR. 2017

Seguradora



HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

ne: LUWENE CAMARGO MAC SANTOS

VS 00 144

1 - CEFALURINA 500mg - 21cp

1 - tramadol 50mg - 12cp

2 - metformina 850mg - 21cp

1 - tramadol 50mg - 12cp



DR. EDUARDO A. KATIP
União
CRM-PE 15.574
CRM-CE 2006

12/9/16

Médico - CRM

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
	Prefeitura Municipal de Triunfo Secretaria Municipal de Saúde CNPJ: 11.350.655/0001-94
Av. José Veríssimo dos Santos, 365 - Centro CEP: 56870-000 - Triunfo - PE	

DATA: 26/09/16

Paciente: <u>Luwene Camargo Mac Santos</u>
Endereço: <u>vs 00 144</u>
Prescrição: <u>Med. oral - 12cp</u> <u>1 - Cefalorina 500mg - 12cp</u> <u>2 - metformina 850mg - 21cp</u> <u>1 - tramadol 50mg - 12cp</u>
Carimbo e Assinatura do Médico:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome Completo: _____	_____
Identidade: _____	_____
Órgão Emissor: _____	_____
Endereço: _____	_____
Cidade: _____ UF: _____	_____
Telefone: _____	_____
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA: ____/____/____	