



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 Ronan Marcos M. Barbosa, portador(a) do RG nº 8.298.537, expedido por SDS /RS, em 30/05/07, CPF/CNPJ nº 089.160.924-50, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) marina josé santos do sinistro de DPVAT da natureza franqueado, da vítima marina josé santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Cutâneo Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

Ronan Marcos M. Barbosa
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIARIO

RECUSADO
14 JUN 2011
Gesta Seguradora S/A



14/06/2011
14/06/2011
14/06/2011

HOSPITAL MUNICIPAL CR^º JOÃO COUTINHO

Protocolo
14/06/2011

RECEITUÁRIO

Pasta 1 - MARINA - Venda de medicamentos

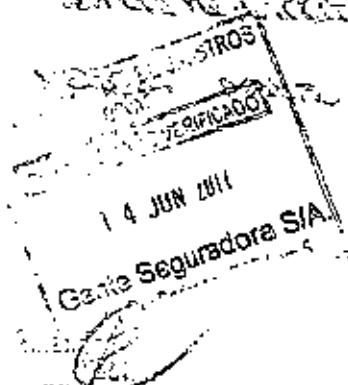
Dr. LIMA

Declaro que no dia 14/06/2011 com

medicamento que cito da lista acima

entregue no dia 14/06/2011 com

medicamento que consta na anexa



DR. GESTE S.A. - GOVERNAMENTO FEDERATIVO
14/06/2011

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: MARIA JOSETE DOS SANTOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSO SERVICO, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.
RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

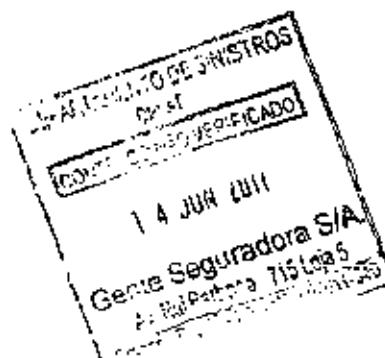
CID-10: S92.0

DATA DE INTERNAMENTO: 01/02/2017

DATA DO PROCEDIMENTO: 21/02/2017

DATA DE ALTA: 23/02/2017

CONSULTA DE RETORNO: 07/03/2017 AS 07H
MÉDICO ASSISTENTE: DR GEORGES KLAUS



JABOATÃO DOS GUARARAPES 23/02/2017

Dra. Paula Carvalho
Médica
CRM: 73.099

MÉDICO

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: MARIA JOSETE DOS SANTOS

USO ORAL

1. DIPIRONA 500MG —————— 20 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR

[06H]

[12H]

[18H]

[22H]

2. VITAMINA C 500MG —————— 45 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS.

3. AAS 100MG —————— 15 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 15 DIAS.

4. CEFALEXINA 500 MG —————— 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, A CADA 6 HORAS, POR 07 DIAS.

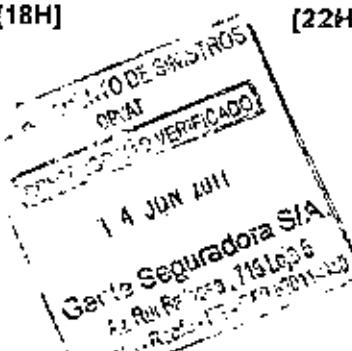
[06H]

[12H]

[18H]

[22H]

DATA: 23/02/2017



Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM: 23.999

ASSINATURA E CARIMBO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL
1ª VIA FARMÁCIA / 2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Endereço: AV. GEN. MANOEL RABELO, 126, CENTRO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES UF: PE

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Endereço:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Endereço:

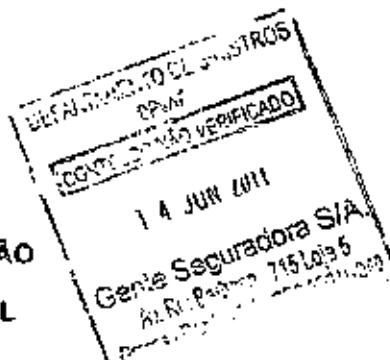
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

PRESCRIÇÃO

USO ORAL



PACO (500MG/30MG) _____ 02 CAIXAS

TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.

Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM: 23.999

DATA: 23/02/2017

ASSINATURA DO MÉDICO

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: MARIA JOSETE DOS SANTOS

SOLICITO:

RAIODIOGRAFIA DE CALCÂNEO EM PERFIL E AXIAL DE HARRIS

DATA: 07/03/2017

Dra. Paula Cádoso
Médica
CRM: 23.909

ASSINATURA E CARIMBO

ACTAMENTO DE S/ASNS
DR/AT
VENCIMENTO VERIFICADO
14 JUN 2011
de Seguradora S/A
20800-2151-15

Sumário de Admissão e Alta

Nome: MARIA LOSETE DOS SANTOS

Prontuário: 736617

Atingimento: 112519

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 14 - LEITO 02

Sintoma(s) Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE CALCANEURO ESQUERDO

CID: S920

Procedimento Solicitado: 0408050535 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento(s) Realizado(s):

01. Cirurgião: GEORGES CLAUS TYRRASCH DE ALMEIDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

4. Outros Auxílio(s) Cirúrgicos:

06. Anestesista: RANILSON JOSE FAGUNDES DO NASCIMENTO

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

 Adesivação do Procedimento Diária de UTI Diária de Acompanhante Verma Ant. = Rn *Op. Rn*

Descrição do Caso: PACIENTE VITIMADO DE TRAJAMA COM FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO.

SUBMETIDO A CIRURGIA SEM INTERFERÊNCIAS.

Diagnóstico Preliminar: S920 - FRATURA DO CALCÂNEO

Diagnóstico Secundário:

Data de Alta:

Data de Internação: 21/02/2017

Data de Alt.

Data de Fiscais: 07/02/2017

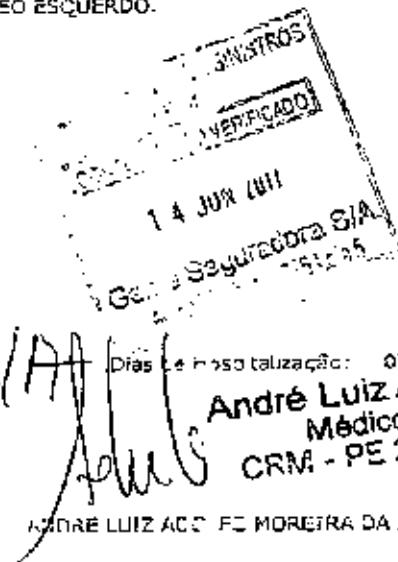
André Luiz Adolfo

CRM - PE 20022

ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

CRM, 20022

SECRETARIA DE SAÚDE-PJG/PE
DGOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell
Médica Auditora/DGS - CRM: 8922
(PF: 298 725 894-49)



Sociedade
HGV - Hospital Getúlio Vargas

041424
041424
CNS: 700009721280801

Atendimento: 397068

Paciente: MARIA JOSETE DOS SANTOS
Nascimento: 12/06/1967 Idade: 49 Anos
Sexo: FEMININO
Mae: MARIA BATISTA DOS SANTOS
End: RUA ALFREDO CANDIDO, N° 6 - CENTRO
TIMBAUBA - PE - Cep: 58700000
Placa: 012 PLANTONISTA HGV Data: 29/01/2017 Hr: 12:49 USUÁRIO: GERDRAFT

LAU:

CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

NOME DA UNIDADE:
OSPITAL GETÚLIO VARGAS

CGC Nº:

10.572.048/0005-51
(03 viss)

NOME DA MÃE:

ENDERECO:

Nº:

BLOCO:

APT:

BAIRRO:

UF:

CEP:

MUNICÍPIO:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

12/01/2017, paciente com dor abdominal.

EXAME FÍSICO:

12/01/2017, paciente com dor abdominal.

SECRETARIA DE SAÚDE - PERNAMBUCO
Maria Cecília Mat Duwell
Médica de Família/SUS CRM: 8922
CPF: 293 724 521-49

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

AGNOSTICO PRINCIPAL:

Gestante de 37 semanas.

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

SOT - Sintoma.

CÓDIGO:

14 JUN 2011

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/Especialidade:

SOT

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA:

29/01/17

DATA:

CARÁTULO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARÁTULO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE

Avenida General Benedito Bentes, 201 - Centro
Recife/PE - CEP 50.060-000
Fone: (81) 31.91.98.9000

DATA DO ENCARTEAMENTO:

MGV - Hospital Getúlio Vargas

041424
Atendimento: 397068

CNS: 700009721280801

Secretaria

Paciente: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Nascimento: 12/08/1987 Idade: 49 Anos Sexo: FEMININO
 Nome: MARIA BATISTA DOS SANTOS RG: 9129-1258
 End: RUA ALFREDO CANDIDO, Nro: 5 - CENTRO
 TIMBAUBA - PE - Cep: 56870000
 Fone: 81 9 912 PLANTONINHA MGV Data: 29/04/2017 Hr: 22:40 Unidade: DEPARTAMENTO

LAUD

CARTÃO SUB:

NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CGC Nº:
0.672.048/0005-61
(03 visas)

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

Nº DO REGISTRO:

NOME DA RAÉ:

ENDERECO:

Nº:

BLOCO:

APT:

BAIRRO:

UF:

CEP:

MUNICÍPIO:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO

14 JUN 2011

DESCRÍÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

SEGUE 300,3 S.A.
14/06/2011

DATA:

DATA:

CARÁBIO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

CARÁBIO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS**AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR**

NOME DA UNIDADE:

DATA DO ENCAMPAMENTO

CARÁBIO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSABILIZADO PELO ENCAMPAMENTO

Avenida General Benedito José - Centro
 Petrolina - PE - CEP 50.300-000
 Fones: (81) 3184-8000

MGV 1024.V.1.2012

GOVERNO DO
Pernambuco

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GETULIO VARGAS - RECIFE
MÉDICO SOLICITANTE
BRAIJNER DE SOUZA CAVALCANTI

DATA DA SOLICITAÇÃO
30/01/17 09:43
Nº SOLICITACAO
287643

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE
MARIA JOSETE DOS SANTOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700009721290801

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA BATISTA DOS SANTOS

ENDEREÇO (RUA E Bairro):
RUA ALFREDO CANDIDO, 6. A. TIMBAUBINHA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
TIMBAUBA

DATA DE NASCIMENTO:
12/06/1967

SEXO:
FEMININO

TELEFONE DE CONTATO:
8136313792

DDD ISME MUNICÍPIO:
2615300.00

UF:
PE

CEP:
55870000

DATA DE ENTRADA:
01/02/17 07:17

Dados sobre o Transporte

MÉTODO DE TRANSPORTE
AMBULÂNCIA

OBSERVAÇÃO
OK

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
CARLOS HENRIQUE REMIGIO LEAO

TIPO ATEND.
CIRURGICO

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
31/01/17 19:03

Executante

ESTABELECIMENTO
HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO

MÉDICO AUTORIZADOR

14 JUN 2017
Garcia Souza

| | | | | |
|---|------------------------|---------------------|---|---|
| SUS | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | Folha 1/2 |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | | 2 - CNES |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO | | | | 5131561067 |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO | | | | 4 - CNES 5131561067 |
| Identificação do Paciente | | | | 5 - N° DO FRONTUÁRIO |
| 6 - NOME DO PACIENTE <i>Walter dos Santos</i> | | | | 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) |
| | | | | 8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i> |
| | | | | 9 - SEXO Masculino |
| | | | | 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL |
| | | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE |
| 12 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro) | | | | 13 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA |
| | | | | 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO |
| | | | | 15 - UF |
| | | | | 16 - CEP |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR | | | | 19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | | | | 21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA |
| 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | | | 23 - CID 10 PRINCIPAL |
| | | | | 24 - CID 10 SECUNDÁRIO |
| | | | | 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Placa de calcâneo esq</i> | | | | 27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>0408050335</i> |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | | | | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I |
| | | | | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II |
| | | | | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>Placa de ossos (anomalias 3,5cm)</i> | | | | 30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>3501040203060702</i> |
| 31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>Placa de óstio</i> | | | | 32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>3501040203069000</i> |
| 33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | | | 34 - QTDE <i>1</i> |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | | | 36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>3501040203069000</i> |
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | | | | |
| PACIENTE TRANSFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE PATOLOGIA ÓSSEA. SOLICITO MATERIAL DE SÍNTese PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO + PERMANENCIA MAIOR. | | | | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Hospital Memorial Jaboatão</i> | | | | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>14 JUN 2011</i> |
| 41 - DOCUMENTO | | | | 42 - N.º DOCUMENTO (CRON/CPFF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| 43 - CNIS - NCPP | | | | 44 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) |
| AUTORIZAÇÃO | | | | |
| 45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR SECRETARIA DE SAÚDE - PGPE DOGS - Gerência de Controle e Avaliação | | | | 46 - COD. ORGÃO EMISSOR |
| 47 - DOCUMENTO | | | | 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO |
| 49 - N.º DOCUMENTO (CRON/CPFF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>Walter dos Santos</i> | | | | 50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) |
| 51 - CNIS - NCPP | | | | 52 - CRM: B922 |
| 53 - CPF: 29872486149 | | | | |

Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 116519 Nascimento: 12/06/1967

Responsável: Prontuário: 736817 Sexo: Feminino

Nome: MARIA JOSETE DOS SANTOS Data e Hora do Atendimento: 01/02/17 14:11:34

Idade: 49 Anos, 7 Meses e 20 Dias Profissão: Escolaridade:

CPF: Identidade: 9155776 Telefone:

Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 700009721290601

Nome da Mãe: MARIA BATISTA DOS SANTOS Nome do Pai: JOSE SEVERINO DOS SANTOS

Endereço: RUA ALFREDO CANDIDO, CENTRO, CEP: 55870000, Nº 6, TIMBAUBA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermaria / Leito: ENF 14 - LEITO D4

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259 CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

史TÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE COM FRATURA DE TORNOCÉLIO ESQ. ENCAMINHADA HGV.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

DM + HAS -

EXAME FÍSICO GERAL:

ECG , EUPNÉICA, AFEBRIL, CORADA, HIDRATADA , CONSCIENTE E ORIENTADA

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

DN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE TORNOCÉLIO ESQ.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDICÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Dr. Jose Airton Araujo

Médico

CRM 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259



Mr. Elisabete Kullgren A. V. de Melo
Tisintarapera CREFITO 4345-F

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Paciente Maria Josete dos Santos, submeteu-se a tratamento fisioterápico, sob os meus cuidados, para Pós Operatório de Fratura de Calcâneo Esquerdo por acidente motociclistico.

Timbaúba, 18 de Agosto de 2017.

卷之三

25 of 25

King George's Road Games, 250 Cents



www.receita.fazenda.gov.br
 30277.5815.8716.2400
 CÓDIGO DE CONTRIBUIÇÃO
 (TABAIANA - PB) 12/06/1967

| | |
|---|---------------------------------------|
| REGISTRO Nº 141 | VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL |
| DATA | 12/01/2011 |
| 9.155.776 | |
| << MARIA JOSETE DOS SANTOS >> | |
| << JOSE SEVERINO DOS SANTOS >> | |
| << MARIA BATISTA DOS SANTOS >> | |
| (TABAIANA - PB) 12/06/1967 | |
| << CN.6386 LA14 F.295V CART. GUARITA, ITABAIANA-PB 03.10.2003 >> | |
| ASSINATURA DO DIRETOR LEINT 16/03/2008 | |

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

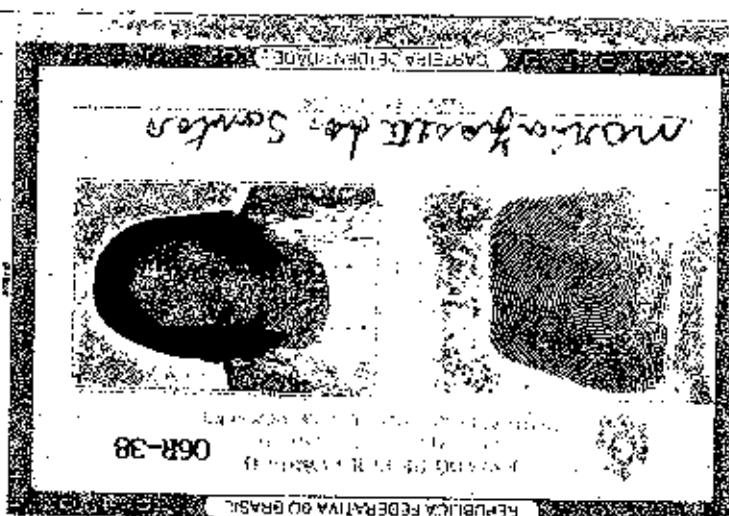
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número:
426.449.174-68

Nome:
MARIA JOSETE DOS SANTOS

Residente em:
12/06/1967

VALÍDO SOLENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





 compassa

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 19.1.001.0314338-2

APENDIMENTO: RUA DR ALCEBRADES - NÚM. - 00183 - CENTRO TIBA
LURA PE 558-70-004

| | | | |
|---|--------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| DADOS DO CLIENTE | | MATRÍCULA 25749366 IPI 12146 | |
| MARIA J S COSTA | | | |
| AV NILO PECANHA, N. 09240 - CAS-A - CENTRO TIJUSSALVA PE 558.70-8 | | | |
| 00 | | | |
| INSCRIÇÃO 151-BH-120-0000130-GRAUPO-5 DES-AUTOMATICO 25749367 | | | |
| SITUAÇÃO ÁGUA | SITUAÇÃO LIXO | QUANTIDADE DE DEDO 01/15 | |
| CORTADO | POTENCIAL | ESTIMACIONAL CONSUMO INICIAL 1 PUL/20 | |
| HIDROMETRO | DATA LEIT ANTERIOR | DACH-LEIT INICIAL | DATA DE CONSULTA 02/2016 |
| 11000324X2 | 24/02/2016 | 30/03/2016 | LEN |

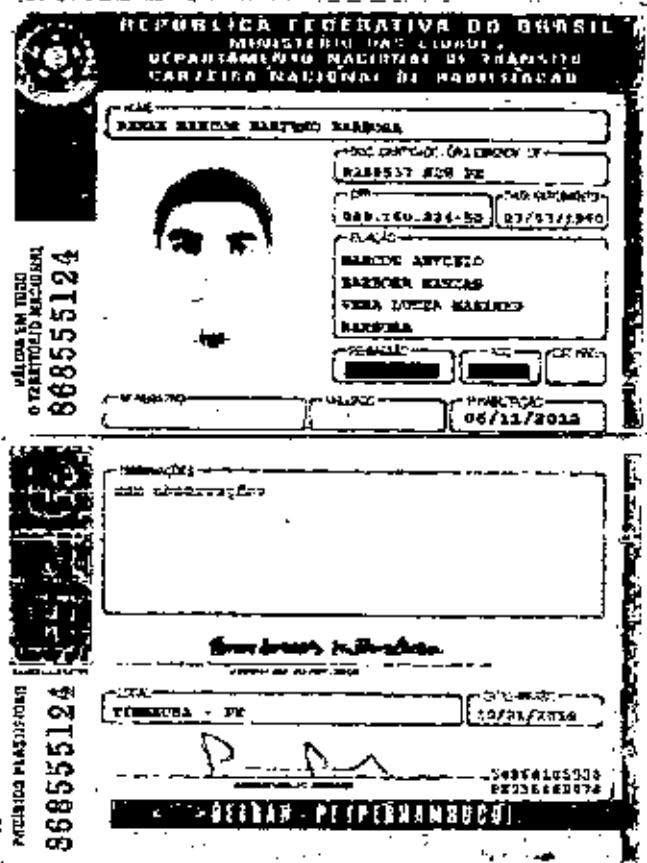
AQUA:
LEFT ANI: 681 CONSUMO:0
LEFT ANU: 684
LEFT FAT: 681

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

| HISTÓRICO DE CONSUMO | | NÚMERO DE AMOSTRAS | | |
|----------------------|----|--------------------|-------------|-------|
| REFERENCIA CONSUMO | | PARÁMETROS | EXIG. | PORT. |
| 02/2016 | 03 | TURBIDEZ | MS 2.914/11 | 52 |
| 01/2016 | 03 | COR. APARENTE | 52 | 52 |
| 12/2015 | 04 | CLORO RESIDUAL | 52 | 52 |
| 11/2015 | 04 | COLIF. TOTÁIS | 52 | 52 |
| 10/2015 | 01 | E.CU | 52 | 52 |
| 09/2015 | 04 | | | |
| 08/2015 | 03 | | | |

DEUDA: 03
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COFORMES 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 | CONSUMO | TOTAL (R\$) |
|---|---------|-------------|
| ÁGUA COMERCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA | 0 m3 | 54,80 |
| CORTE P/FALTA DE PAG. 02/2016 | | 8,53 |
| FALTA P/INFORMAÇÕES 02/2016 | | 0,99 |



DETINHO - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEHICULO
1 18891970 PLACA
ALIX DOS SANTOS ELVA

MINAS GERAIS - PE

031 825 110-10 PLACA
PE05556

2012-04-01 MARCA/ANO
*****/05 FABRICADO 05/07/2012

ESPECIE/TIPO
FAB / MOTO/CICLETO
MOTOR/HAGAEL

HONDA NSR 150 BRG 2 E2
CAT. P/CICLO
2012/14900 CATEGORIA

07/14900 PARTIDA
07/14900 DATA ÚNICA

PRAV 2017 QUITADO
PAÍSA PRA PAÍSA DE 2010/2017

PRÉMIO FAZER A HONDA 100% HONDA
SEGURADORA

AL. 1111 BANCO SANTOS PE

DATA
08/04/17

DATA DE EMISSÃO
08/04/17

DATA DE EXPEDIMENTO
08/04/17

DATA DE VENCIMENTO
08/04/18

DATA DE EXPIRAÇÃO
08/04/18

DATA DE REVALIDAÇÃO
08/04/19

DATA DE REVALIDAÇÃO
08/04/20

DATA DE REVALIDAÇÃO
08/04/21

DATA DE REVALIDAÇÃO
08/04/22

DATA DE REVALIDAÇÃO
08/04/23

DATA DE REVALIDAÇÃO
08/04/24

Nº 013099397546

PE Nº 013099397546 BILHETE DE SEGURO OPVAT

ALEX SIME SANTOS ELVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO OPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA IN VERSO
AS CONDIÇÕES E CRÍTICAS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORAOPVAT.COM.BR
SAC OPVAT 0300 023 1904

MINAS GERAIS - PE

031 825 110-10

PE05556

2012-04-01

MARCA/ANO

08911101

2012-12-01

900K 0036000077309

PRÉMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO TARIFÁRIO

DATA DE SEGURANÇA

08/04/17

08/04/18

08/04/19

08/04/20

08/04/21

08/04/22

08/04/23

08/04/24

08/04/25

08/04/26

08/04/27

08/04/28

08/04/29

08/04/30

08/04/31

08/05/01

08/05/02

08/05/03

08/05/04

08/05/05

08/05/06

08/05/07

08/05/08

08/05/09

08/05/10

08/05/11

08/05/12

08/05/13

08/05/14

08/05/15

08/05/16

08/05/17

08/05/18

08/05/19

08/05/20

08/05/21

08/05/22

08/05/23

08/05/24

08/05/25

08/05/26

08/05/27

08/05/28

08/05/29

08/05/30

08/05/31

08/06/01

08/06/02

08/06/03

08/06/04

08/06/05

08/06/06

08/06/07

08/06/08

08/06/09

08/06/10

08/06/11

08/06/12

08/06/13

08/06/14

08/06/15

08/06/16

08/06/17

08/06/18

08/06/19

08/06/20

08/06/21

08/06/22

08/06/23

08/06/24

08/06/25

08/06/26

08/06/27

08/06/28

08/06/29

08/06/30

08/07/01

08/07/02

08/07/03

08/07/04

08/07/05

08/07/06

08/07/07

08/07/08

08/07/09

08/07/10

08/07/11

08/07/12

08/07/13

08/07/14

08/07/15

08/07/16

08/07/17

08/07/18

08/07/19

08/07/20

08/07/21

08/07/22

08/07/23

08/07/24

08/07/25

08/07/26

08/07/27

08/07/28

08/07/29

08/07/30

08/08/01

08/08/02

08/08/03

08/08/04

08/08/05

08/08/06

08/08/07

08/08/08

08/08/09

08/08/10

08/08/11

08/08/12

08/08/13

08/08/14

08/08/15

08/08/16

08/08/17

08/08/18

08/08/19

08/08/20

08/08/21

08/08/22

08/08/23

08/08/24

08/08/25

08/08/26

08/08/27

08/08/28

08/08/29

08/08/30

08/09/01

08/09/02

08/09/03

08/09/04

08/09/05

08/09/06

08/09/07

08/09/08

08/09/09

08/09/10

08/09/11

08/09/12

08/09/13

08/09/14

08/09/15

08/09/16

08/09/17

08/09/18

08/09/19

08/09/20

08/09/21

08/09/22

08/09/23

08/09/24

08/09/25

08/09/26

08/09/27

08/09/28

08/09/29

08/09/30

08/10/01

08/10/02

08/10/03

08/10/04

08/10/05

08/10/06

08/10/07

08/10/08

08/10/09

08/10/10

08/10/11

08/10/12

08/10/13

08/10/14

08/10/15

08/10/16

08/10/17

08/10/18

08/10/19

08/10/20

08/10/21

08/10/22

08/10/23

08/10/24

08/10/25

08/10/26

08/10/27

08/10/28

08/10/29

08/10/30

08/11/01

08/11/02

08/11/03

08/11/04

08/11/05

08/11/06

08/11/07

08/11/08

08/11/09

08/11/10

08/11/11

08/11/12

08/11/13

08/11/14

08/11/15

08/11/16

08/11/17

08/11/18

08/11/19

**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): **MARIA JOSETE DOS SANTOS** Sinistro: **3170332450** Data: **29/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ALFREDO CANDIDO, 6-A - TIMBAUBINHA - Timbaúba - PE - CEP 55870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9155776**

Data local do exame: [**04/09/2017**] **Goiana** [**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)
FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO.. A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE NO CALCÂNEO ESQUERDO, COM ENCURTAMENTO E UM ALARGAMENTO DA REGIÃO DO RETRO PÉ. APRESENTAVA TAMBÉM UMA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA EVERSAÇÃO E INVERSAÇÃO DO PÉ ESQUERDO, ALÉM DE RIGIDEZ COM BLOQUEIO ARTICULAR, PRINCIPALMENTE NO RETRO PÉ E NO MÉDIO PÉ. MARCHA CLAUDICANTE.

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.

TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 21/02/2017, COM A REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 3 PARAFUSOS CANULADOS 4.0 MM. RECEBEU ALTA NO DIA 23/02/2017 E FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL. AFIRMA TER REALIZADO MAIS DE 50 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] 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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO

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

() "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):

Pé esquerdo

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

(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERÍCIA REALIZADA EM 17/07/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.





CARTA DE SOLICITAÇÃO DE REANALISE

Maria Josete dos Santos PORTADOR(A) DO
02155 376658 CPF 426 449 174-68 RESIDENTE NA
RUA AV Alfredo Cândido
nº 6-A

BAIRRO Tamborilinho CIDADE Timóteo UF: MG VENHO
ATRAVÉS DESTE, SOLICITAR REANALISE DO PROCESSO 3170/332450.

UMA VEZ QUE NÃO CONCORDO COM O VALOR INDENIZATÓRIO.

Cidade 41100-26108-187

Maria Josete dos Santos
(Assinatura)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170332450 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSETE DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/01/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI ESQUERDO :25% DE 70% = 17,5%

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 membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

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: 3170332450 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSETE DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/01/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO..

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE NO CALCÂNEO ESQUERDO, COM ENCURTAMENTO E UM ALARGAMENTO DA REGIÃO DO RETRO PÉ. APRESENTAVA TAMBÉM UMA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA EVERSAO E INVERSAO DO PÉ ESQUERDO, ALÉM DE RIGIDEZ COM BLOQUEIO ARTICULAR, PRINCIPALMENTE NO RETRO PÉ E NO MÉDIO PÉ. MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 21/02/2017, COM A REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 3 PARAFUSOS CANULADOS 4.0 MM. RECEBEU ALTA NO DIA 23/02/2017 E FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL. AFIRMA TER REALIZADO MAIS DE 50 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/09/2017

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 17/07/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU MÉDIO. CONDUTA MANTIDA EM RELAÇÃO AO ÚLTIMO PARECER MÉDICO.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170332450
Vítima: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Cidade: Timbaúba
Data do acidente: 29/01/2017

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva do calcâneo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere parestesia no pé esquerdo, dor no pé esquerdo ao deambular e dificuldade de deambulação. Ao exame apresenta edema residual, diminuição significativa da amplitude dos movimentos do pé e do tornozelo esquerdos com marcha claudicante e deambulação com apoio de muletas.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese de calcâneo com 3 parafusos. Vítima é diabética e evoluiu com quadro de infecção bolhosa em pé esquerdo de difícil controle. Realizou tratamento fisioterápico. Laudo médico refere prognóstico sombrio com alto risco de evolução para artrose subtalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

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 |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| | | Total | 35 % | R\$ 4.725,00 |

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: Maria José dos Santos
nacionalidade Brasileira, estado civil Casada, profissão
Centenária, portador (a) da cédula de identidade RG nº
9.155.376 - SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº
422.449.174-68, residente à Rua
Cabeleiro Cândido nº 5-A, bairro Timbaúba
cidade Timbaúba, estado Pernambuco, CEP
55870-000, nomeia e constitui seu procurador o senhor: **RENAN MARCOS
MARINHO BARBOSA**, brasileiro, solteiro, Acadêmico em Direito, portador da cédula de
identidade RG nº 8.298.537 – SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 089.160.924-50, com endereço
profissional à Av. Nilo Peçanha, nº 240-A, centro, CEP 55870-000 - Timbaúba – PE.

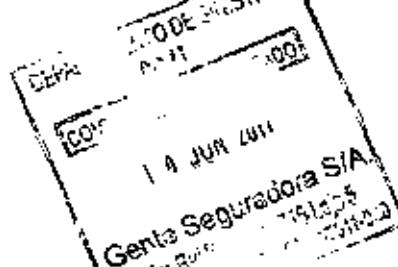
PODERES: Específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documento junto a
Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos
legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário
de Autorização de Pagamento do Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar
quitação junto às seguradoras do Seguro DPVAT, podendo ainda, substabelecer esta, com ou
sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer
indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez Permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas
Médicas – Hospitalares.



Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MARIA JOSETE DOS SANTOS.
Timbaúba/PE, 16/05/2017 14:26:28, o referido é verdade. Dcu fô,
Esvolventos: R\$ 3,49 TSR; R\$ 0,78 Total: 4,66. 502503-4

Mart. Danielle da Silva - Escrivente
Selo digital: 01507301PF04201701.04201
Consulta a autenticidade pelo link: <http://mcnotarias.com.br>

Local e data: Timbaúba, 16/05/17



Maria José dos Santos

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**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): **MARIA JOSETE DOS SANTOS** Sinistro: **3170332450** Data: **29/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ALFREDO CANDIDO, 6-A - TIMBAUBINHA - Timbaúba - PE - CEP 55870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9155776**

Data local do exame: [**17/07/2017**] **Recife** [**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)
Fratura cominutiva do calcâneo esquerdo.. Vítima refere parestesia no pé esquerdo, dor no pé esquerdo ao deambular e dificuldade de deambulação. Ao exame apresenta edema residual, diminuição significativa da amplitude dos movimentos do pé e do tornozelo esquerdos com marcha claudicante e deambulação com apoio de muletas.

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.

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese de calcâneo com 3 parafusos. Vítima é diabética e evoluiu com quadro de infecção bolhosa em pé esquerdo de difícil controle. Realizou tratamento fisioterápico. Laudo médico refere prognóstico sombrio com alto risco de evolução para artrose subtalar.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] 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.

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

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

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

Ana Falcao
Dra. Ana Maria Barros Falcao
CRM: 276.995.874-72
CBO: 8878-PE

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta nº: 11190108

A/C: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170332450 ASL-0229625/17

Vitima: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Data Acidente: 29/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta nº: 11190434

A/C: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170332450 ASL-0229625/17

Vitima: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Data Acidente: 29/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/01/2017**. 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
- Boletim de ocorrência 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 **GENTE SEGURADORA S/A** 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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2017

Carta nº: 11275598

A/C: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Sinistro: 3170332450 ASL-0229625/17
Vítima: MARIA JOSETE DOS SANTOS
Data Acidente: 29/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

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.

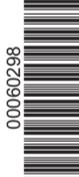
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2017

Carta n°: 11369190

A/C: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Sinistro: 3170332450 ASL-0229625/17
Vitima: MARIA JOSETE DOS SANTOS
Data Acidente: 29/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

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: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000001877-5

Conta: 0000017816-0

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

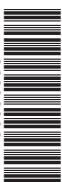
| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|---|-----|----------|

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2017

Carta nº: 11567003

A/C: MARIA JOSETE DOS SANTOS

Sinistro: 3170332450 ASL-0229625/17
Vítima: MARIA JOSETE DOS SANTOS
Data Acidente: 29/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

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.

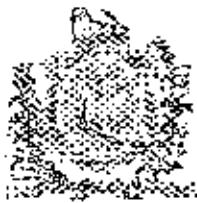
ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUROS - TIMBAÚBA - DP46-CIRC
DINTER/11/DESEC**

SOLETRIO DE OCORRÊNCIA N° 1720136000666

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/04/2017 às 17:10:

ACIDENTE DE TRÂNSITO com VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 24/03/2017 na perícia da Tarde

Lugar: Localizado no endereço: MUNICÍPIO DE TIMBAÚBA, 4 - Bairro: CENTRO -
TIMBAÚBA/PERNAMBUCO/BRAZIL - Ponto de Referência: PROXIMO A RUA ANTONIO
Local do Fato: RUA PÚBLICA

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:
A PROPRIÉTÁRIA VÍTIMA (AUTOR/AGENTE)
ALEXANDROS SANTOS SILVA (OUTRO)
MARIA JOSÉTE DOS SANTOS (VITIMA)
ROBERTO LUIZ SERRINHO DOS SANTOS (VITIMA)

Veículo(s) envolvidos na ocorrência:
VEHICULO: (Véde os detalhes da ocorrência), que estava em posse de(s) Sr(a): JOSEINTO MARINHO
DOS SANTOS

Identificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ALCANTARA ALFREDO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: RIO GRANDE DO NORTE / BRASIL Pait: JOSE MARINHO DOS SANTOS Data de Nascimento: 12/04/1967
Naturalidade: RIO GRANDE DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço: RUA ALFREDO CANDIDO N° 6A, TIMBAÚBA / PERNAMBUCO / BRASIL
CEP: 56300-000 - Município de TIMBAÚBA, 4 - CEP: 56300-000 - Bairro: CENTRO - TIMBAÚBA/PERNAMBUCO/BRAZIL

ALCANTARA ALFREDO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Naturalidade: RIO GRANDE DO NORTE / BRASIL Pait: JOSE SEVERINO DOS SANTOS Data de Nascimento: 12/04/1967 Naturalidade:
RIO GRANDE DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço: RUA ALFREDO CANDIDO N° 6A, TIMBAÚBA / PERNAMBUCO / BRASIL
CEP: 56300-000 - Município de TIMBAÚBA, 4 - CEP: 56300-000 - Bairro: CENTRO - TIMBAÚBA/PERNAMBUCO/BRAZIL

ALCANTARA ALFREDO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: RIO GRANDE DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL

ALCANTARA ALFREDO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: RIO GRANDE DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL

Identificação da(s) vítima(s) envolvida(s)

ALCANTARA ALFREDO DOS SANTOS (não presente ao plantão) Endereço: ALICE DOS SANTOS SILVA, que estava em posse de(s) Sr(a):

Best-fit Westerly 2004 samples

**DESEJAMOS CONFERIR SE O CICLISTA MÁO INFORMADO/NÃO INFORMADO SOBRE ESTE ASSUNTO. NAO
DESEJAMOS CONFERIR SE A DIRETORA NÃO INFORMADA**

Combustível: ALCOOL/GASOL

Comentário / Observação

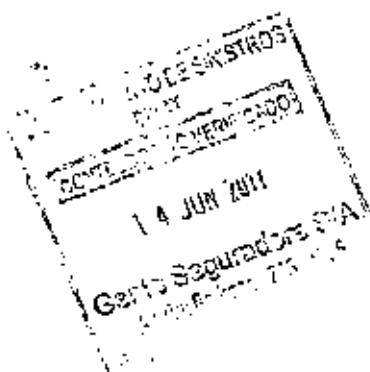
O CÔNJUGE FICOU INFORMADO QUE ESTAVA COM SUA ESPOSA NA GANUPA QUANDO PRÓXIMO A DISPARO DE UM CIAMENTO DA UPA, ESTE FRAZER AVIA CHUVENDO O QUE SÓ DRENARU ELE UMA PUGA DE ÁGUA, PORÉM O MESMO PERDEU O EQUILÍBRIO E VINDO A CAIR EM DA MOTO. AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PARA UPA E TRANSFERIDOS PARA RELEFE, JOSÉ MILTON TEVE UMA FRATURA NO PUNHO DIREITO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EM ANEXO E MARIA JOSETE TEVE FRATURA NO TARSUS ELO ESQUERDO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EM ANEXO. NADA MAIS A DELARANJ.

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

Presidente Manoel de Santos

**SOBRENOME: CARINHO DOS SANTOS
NOME:**

3.01, registrado por: GIVELTON RODRIGUES DA SILVA - Matrícula: 350327-7





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUINSCRICAO - TIMBAUBA - DP46ºCIRC
DINTER/11/DIESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0136000666

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/04/2017 às 12:10

PRINCIPAL TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 26/11/2017 no período da Tarde

Foto ocorreu no endereço: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - Bairro: CENTRO -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO A OSSAN
Local no bala: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
A PROPRIA VITIMA (AUTOR / AGENTE)
ALEX DOS SANTOS SILVA (OUTRO)
MARIA JOSÉNE DOS SANTOS (VITIMA)
JOSÉ VILDO MARINHO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvidos na ocorrência:
VELHÔ (usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(a) Sra(a): JOSENILDO MARINHO
DOS SANTOS

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

JOSÉ MARINHO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Nome: BERNARINA HERNANDEZ DA SILVA P/ CICERO MARINHO DOS SANTOS Data de Nascimento: 12/3/1967
Endereço: Rua 100, nº 100, bairro: Centro, Cidade: PERNAMBUCO, UF: PERNAMBUCO, CEP: 510-000-000

ROSA JOAQUIM SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Data de Nascimento: 12/6/1967 Naturalidade:
JOÃO PESSOA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: RUA ALFREDO GARCIA DIOGO N° 8A, TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
CEP: 56300-000 Telefone: (83) 3212-1100 - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

**DR. JOSÉ EDUARDO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: desconhecido
Data: 01/06/2010 Informado / PERMANECER / BRASIL**

4. MASCULINA / FEMININA (não presente no plantio) - Sexo: Masculino
- Idade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

• [View details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

ALEX GUS SANTOS SII.VA, que colava em casa; José, Bráulio, e os outros que estavam no local.

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

Catálogo Metadados: MATRÍCULAS ANAD INFORMADO NÃO INFORMADO Objeto aversificado: Não
Característica: LIBERDADE NÃO RECOMENDADA

E-mail: 85575631 (ETERNITY) / 85575630 (NEONIC) / 85575631 (SHELL) / 85575630 (DR377396)

Consumo de ALCO/GASOL

Complaints / Observação

O CONDUTOR INFORMA QUE ESTAVA COM SUA ESPOSA NA GARUPA QUANDO PROXIMO A OSSAN ER UM GUZAMENTO
QUINDE NESTE DIA ESTAVA CHOVENDO O MESMO DERRAPOU EM UMA PUÇA DE AGUA, POREM O MESMO PERDEU O
CONTROLE E VINDO A CAIREM DA MOTO. AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PARA UPA E TRANSFERIDOS PARA RECIFE,
JOSÉWILDO TEVE UMA FRAFURA NO PUNHO DIREITO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MEDICA EM ANEXO E MARIA JOSÈVETE
TEVE UMA FRAFURA NO TURNOZELO ESQUERDO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MEDICA EM ANEXO. NADA MAIS A
DELLARAI.

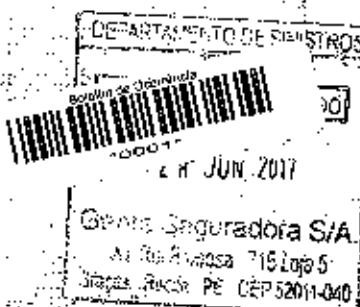
(Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) nesta unidade policial)

Freiheit Membra ab Scuto

JOSÉ NILDO MARINHO DOS SANTOS
(VITÓRIA)

13. El(a) distorcido por: ERIVELTON RODRIGUES DA SILVA - Matrícula: 351877-7

A rectangular stamp with a double-line border. The text "Gestão Seguradora S/A" is at the top, followed by "14-JUN-2011" in the center, and the reference number "31135" at the bottom right.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 46ª CIRCUNSTANCIA - TIMBAUBA - DP46-CIRC
DIRETORIA DE SEGURO

BOLETO DE OCORRÊNCIA N° 1760136000666

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/04/2017 às 17:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Ciclone / Confronto que aconteceu no dia 29/4/2017 no período da Tarde

Local ocorrido no município: MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1 - Bairro: CENTRO
 TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRAZIL - Ponto de Referencia: PROXIMO A OSBAN
 Lote do local: VIAL PUBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:
 A PRÓPRIA VITIMA (OUTRO)
 ALEX DOS SANTOS SILVA (OUTRO)
 MARIA JOSÉTE DOS SANTOS (VITIMA)
 JOSEPHINO MARINHO DOS SANTOS (VITIMA)

Veículo(s) envolvidos na ocorrência:
 VEICULO (Usava na ocasião da ocorrência), que estava em posse de(a) S(r)a. JOSEPHINO MARINHO
 DOS SANTOS

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

JOSEPHINO MARINHO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Nasc. 28/09/1967 - RG: 0000000000000000 - CPF: 00000000000 - Data de Nascimento: 12/04/1967
 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRAZIL
 Residência: RUA ALFREDO CANDIDO N° 00A, TIMBAUBA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRAZIL
 Telefone: 08199162400 DE TIMBAUBA, 1 - DDD: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRAZIL

MARIA JOSÉTE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
 Nasc. 20/09/1967 - RG: 0000000000000000 - CPF: 00000000000 - Data de Nascimento: 12/04/1967
 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRAZIL
 Residência: RUA ALFREDO CANDIDO N° 00A, TIMBAUBA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRAZIL
 Telefone: 08199162400 DE TIMBAUBA, 1 - DDD: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRAZIL

ALEX DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Nasc. 01/01/1987 - RG: 0000000000000000 - CPF: 00000000000 - Data de Nascimento: 01/01/1987
 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRAZIL

A PRÓPRIA VITIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Nasc. 01/01/1987 - RG: 0000000000000000 - CPF: 00000000000 - Data de Nascimento: 01/01/1987
 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRAZIL

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s):

VELOCICleta (VEICULO) de propriedade de(a) S(r)a. ALEX DOS SANTOS SILVA, que estava em posse dela(S).

JOSÉ NILDO MARINHO DOS SANTOS:

CABO MARINHEIRO, 3670 CICLISTA NÃO INFORMADO AO INFORMADO CHAMOU APENAS: NÃO

CONHECE (UNIDADE NÃO IDENTIFICADA)

Fixar: F 0006149 000000000000 INFORMADO Chave: SC20100520R377383

Não Fornecido: Comunicação: ALC0000000000
2011-03-01

Complemento / Observação

O EXONITOR INFORMA QUE ESTAVA COM SUA ESPOSA NA GARUPA QUANDO ENCONTROU OS BOMBEIROS EM UM CLEIZAMENTO ONDE NESSA HORA ESTAVA CHUVAVENDO O RIO DO DEIRAPOLI E HOUVE UMA FOGA DE ÁGUA, PORISSO O MESMO PERDEU O CONTROLE E VINDO A CAIR NA MOTO. AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PARA UPA E TRANSFERIDOS PARA HOSPITAL. JOSÉ NILDO TEVE UMA PRATURA NO PUNHO DIREITO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EM ANEXO E MARIA JOSÉTE TEVE PRATURA NO TORNOCÉLIO ESQUERDO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EM ANEXO. NADA MAIS A DECLARAR.

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

Josénildo Marinho dos Santos

JOSÉ NILDO MARINHO DOS SANTOS

(RM/MA)

B.O. registrado por: ERIVELTON RODRIGUES DA SILVA - Matrícula: 330827-7

SÍNCRONA DE ALIMENTACIÓN EN INGENIERIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBREDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE VLAO GOUENHO

Comparación de los resultados



Nome: MARIA JOSE DOS SANTOS , **Nº registro:** 116636
Dt. Nasc.: 12/05/67 - 49 ano (s) **Sexo:** Feminino
Mãe: **Filho:**
Endereço: Rua 15 de Novembro, 1000 - PE
Data/hora: 29/01/2017 - 17:54 **Nº páq.:** 1/1

Amherst
Mass.
C. 1900
74680

FICHA DE ALUMNO/ASISTENTE

ANAMNESE / QUESTÃO PRINCIPAL

Este documento es de dominio público y puede ser utilizado, copiado y difundido sin restricciones.

EXAM EDITION

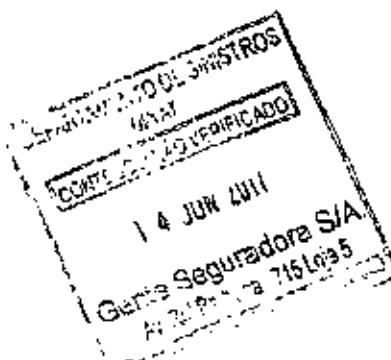
PASS: _____ F. N. S. _____ M. _____ Hora de Entrada: _____
PAI: _____ N. _____ RA: _____ RCR: _____
EGOSS: ALERTA, NOROCORADA, BEM PREDISPONIBILIZADO, SEM DIFERENCIAS
ACV: RCR EM 2T, BNF SEM SOPROS
ARI: MV+ SEM AHT SEM RA
EXT: ESCORIAS E DORES NO JOELHO E COXIM, BEM COMO ESCORIAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Resultados de Exames:

Conduita / Evolução do paciente:

DR. AMARDEO CHANDRA RAJAGOPAL
E-50 : 2015-16



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSETE DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01877-5

CONTA: 000000017816-0

Nr. Autenticação

BRADESCO21072017050000000002370187700000017816472500 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José dos Santos

RG nº 9.455.736, data de expedição 12/01/11, Órgão SOS/PE,

CPF nº 426.449.174-65, 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: Maria José dos Santos

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Alfredo Cândido</u> |
| Número | <u>6-A</u> |
| Apto / Complemento | <u>000</u> |
| Bairro | <u>Timbaúmba</u> |
| Cidade | <u>Timbaúmba</u> |
| Estado | <u>Pernambuco</u> |
| CEP | <u>55870-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 9.9746-7503/9.9315-6329</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Timbaúmba, 06/05/12
14 JUN 2011
Gestor Securitária SIA
0015

Assinatura do Declarante: Maria José dos Santos



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Renan Marcos Muniz Barboza,

RG nº 8.298.537, data de expedição 30/05/03, Órgão SPI/PE,

CPF nº 589.462.924-50 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: Manoel J. S. Costa.

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Cir. mil. Peçanhas</u> |
| Número | <u>247-A</u> |
| Apto / Complemento | <u>Casa</u> |
| Bairro | <u>Centro</u> |
| Cidade | <u>Guanabara</u> |
| Estado | <u>Pernambuco</u> |
| CEP | <u>55870-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 9 9346-7563 / 9 9315-6329</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Tambauá, 16/05/17

Assinatura do Declarante:

Renan Marcos M. Barboza

