

DADOS DO CLIENTE
JOSE LUIS MARQUES DE SOUZA
RG-087880082-MT-PE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGOSTINHO NUNES MAGALHÃES 58

CPF: 082.694.484-19

N SA DA PENHA/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-510

CLASSIFICAÇÃO
E3 COMERCIAL
COMERCIAL

UNCA	UNCA	UNCA
UNCA	UNCA	UNCA

APRESENTAÇÃO	Nº DO CONTRATO	Nº DA RESOLUÇÃO
14/11/2019	2003781008	3875489

COUNTA CONTINUED	RECEIVED
4009422396	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE RECEBIMENTO
22/11/2018	17/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	239,41

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Ativo (WWh)	271,0000000	0,73645862	199,58
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,83
Acrescimo Bandeira VERMELHA			9,98
Contrib. Itm. Pública Municipal			26,82
ICMS Subvenção COE-NF 030277982-0400918			1,50

TOTAL DA FATURA

239.41

CONTABILIZATIVO DE CANCELAMENTO DA NOTA FISCAL									
Nº DO MOTOR	Tipo da Função	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	ANEXO	CANCELADO POR
309025470	CAT	16-10-2016	21.529,08	16-11-2016	21.040,00	29	1,00000		271,00

CONSUMO	EXPORTAÇÃO
NOV 90 271	Comércio de Importação R\$ 60,47 32,00%
OUT 90 361	Transmissão R\$ 0,71 4,00%
SET 90 229	Atividade de Comércio R\$ 46,46 21,50%
AGO 90 325	Prestação de Serviço R\$ 14,31 6,77%
JUL 90 263	Comércio de Exportação R\$ 11,70 5,50%
JUN 90 204	Tráfego R\$ 81,14 29,77%
MAI 90 231	Total R\$ 211,29 100%
ABR 90 239	
MAR 90 211	
FEV 90 233	
JAN 90 199	
DEZ 90 283	
NOV 90 290	

PHARMACOLOGICAL INTERACTIONS

Peșagiu este un sat situat în județul Iași, România, la o distanță de aproximativ 10 km de Iași. Este un sat mic, cu o populație de aproximativ 100 de locuitori. Satul este situat în apropierea râului Prut, care formează granița cu Republica Moldova. Peșagiu este un sat cu o istorie bogată, având multe clădiri vechi și monumente istorice. Satul este cunoscut pentru produsele agricole, în special pentru vin și brânză. Peșagiu este un sat cu o atmosferă liniștită și o natură frumoasă, fiind un loc ideal pentru o vacanță de țară.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSA CONTAR EM ABERTO

Veículo	Defeito	Valor	Veículo	Defeito	Valor
---------	---------	-------	---------	---------	-------

Este conteúdo não é uma recomendação de investimento e não constitui oferta de qualquer produto financeiro. O conteúdo não constitui uma recomendação de investimento e não constitui oferta de qualquer produto financeiro. O conteúdo não constitui uma recomendação de investimento e não constitui oferta de qualquer produto financeiro.

	VALOR CONTÁBIL	VALOR FISCAL	VALOR TRIBUTÁRIO
ENC	0,00	5,43	10,00
FGC	0,00	3,36	6,72
DIÁRIO	0,00	3,11	0,00

1. **Index** ENGINE: 17-272

1971 - *Waters of the Province of Lima and the Department of Ica* - 1971, 74 pp.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
220	±2%	±3%

COSTA CREDITO	MISSING	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
01/01/2018	01/01/2018	01/01/2018	239,41

838800000002-0 39410011004-2 00942239610-2 15142173833-3



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu, JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO inscrito (a) no CPF/CNPJ 089.205.184 / 16 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE JOSELIO RAMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.379.324 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE JOSELIO RAMOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.379.324 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

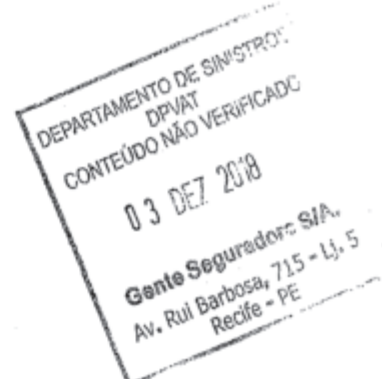
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA APOSTOLHO NUNES DE MAGALHAES</u>		<u>58</u>	<u>1- ANDAR</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>NOSSA SENHORA DA PENHA</u>	<u>SERRA TALHADA</u>	<u>PE</u>	<u>56303-510</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>JOAQUIM NETO 769 @ GMAIL.COM</u>		<u>(87) 988467128</u>	<u>(87) 996460348</u>

SERRA TALHADA - PE 22 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

Joquim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANDREA LUCIA NUNES CABRAL,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão _____, portador do CPF nº 865.713.704-68, com

domicílio na cidade de _____, no Estado de

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

_____, nº _____,

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

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

vítima JOSE JOSELIO RAMOS, cujo o condutor era

JOSE JOSELIO RAMOS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 K

Ano: 2011

Placa: PEZ 5441

Chassi: 9CG KE1 520 C 00 78103

Data do Acidente: 14/10/2018

Local e Data: SERRA TALHADA-PE, 01/11/2018

Andrea Lucia Nunes Cabral

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS,
PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTOS

ANTÔNIO ORLANDO BRAZ DE SOUZA
TITULAR

EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA
SUBSTITUTA

Reconheço Por Autenticidade a firma de ANDREA LUCIA NUNES CABRAL em 19/11/2018 e dou fé. Em test., ca verdade. Substituta: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. Emol: 3,51 TSNR: 0,30. FERC: 0,40. Total: 4,79. Selos: 0073841.YXU11201802.00095.

Cartório Autenticidade em: www.tps.jus.br

Edivaneide Menezes de Souza
Substituta





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

28

Data e Hora: 14/10/18 01:25 Nº. Ocorrência
Nome: Jose Joaello Ramos Data Nascimento:
Profissão: Sexo: M Doc. Ident.:
End.: Rua Barro Verde Silveira Brno, Triunfo PE
Responsável:
End/Fone: 9 8807-9885

Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐
Agressão ☐ Consulta ☐

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura:

Histórico e Exame Físico: Esc moles 12 MESS
M. n. l.

Tratamento:

- xelmen an
- Dypipres 1m
- Anelinas

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Impressão Diagnóstica:

pele trêmula

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

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Antônio Eduardo de Melo
CRM 8065
CPF: 198.284.974-68



Pernambuco
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

Sistema
Único
de Saúde

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

65.

Data: 15.10.2018

Hora: 10:33

Nome: Jose Gervasio Ramos

Nome Social:

Profissão:

Nascimento: 07.08.88

Sexo: m

Estado Civil:

Escolaridade: 1º grau

Responsável:

Mãe: Edvaneide Gervasio Ramos

Endereço: Rua Agamenon Magalhães 163

Bairro: C. Tr

Município: P. das Amélias

Fone: 9-8836.6242

Cartão SUS:

RG/CPF: 7.127.817

Raça/Cor:

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

TRAUMA AUTOBLOCO @, HÁ JATA
NOS ACIDENTES MOTO

PA:

Pulso:

HGT:

T:

SpO2:

Peso:

Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

DEFORMIDADE, DOR E INFLAMAÇÃO
ATB @

Tratamento:

Rx AUTOBLOCO @
TDA/ANALÉSTICA APF
AO HOSP. SÃO VICENTE
PI TDO CARIÓTIPO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Hipótese Diagnóstica:

FRAT. WKA.ESB ATB @

Carimbo e Assinatura:

Carimbo e Assinatura
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 15559
Pedro Adriano Amador de Araújo

pac. em lista ortopédica. me

HOSPAM

(81) 8836-5242 / 8842-3124

HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nome: JOSE LOUREIRO RAMOS

AO HOSP. SÃO VICENTE MSN
23.2

Hdx: TEST - UXAÇÃO GUMOS
ANDRADO ①

- ① DIETA LIPÍDICA
- ② DIETA POOR ③ 6/6 LITROS
- ③ HEMOGAMA / COAGULO GRAMA
- ④ FEN + CCB6 ^{coletado} 01-23/10
ma

Data: 15/10/18

Pedro Augusto Amorim de Carvalho
Osteodentista
CRM-PE 16003

Médico - CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Sistema Ministério
Único da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Josefina Raimos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
07/08/1988

9 - SEXO
Masculino

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE
Edvaneide Josefa Raimos

12 - TELEFONE DE CONTATO

879188365212

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
P. Magalhães N: 163

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Santa Cruz da Baixa Verde

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

26124710-5689000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Dor no peito, falta de ar, tosse, febre, sudorese, calafrios, dor e inchaço no membro superior esquerdo.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de Trat. Ref. Ortop.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Rx antebraço e mão esquerda.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - II, 5
Recife - PE

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura luxação antebraço e mão esquerda

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Reparo cirúrgico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408020450

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Antônio Carlos de Freitas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
Nereide de Andrade Melo

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
26810504634-8

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

12

02

221109 24110118

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CRS: 10.272.214-15 CRM: 8603

Assinatura Autorizador

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:

15/10/2018 13:25

MÉDICO SOLICITANTE

PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CRM - 16558

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

JOSÉ JOSELIO RAMOS

Nº DO PRONTUÁRIO:

498342

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

07/08/1988

SEXO:

Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

EDVANETE JOSEFA RAMOS

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

AGAMENON MAGALHAES, 163, CENTRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

COD. IBGE MUNICÍPIO:

2612471

UF:

PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRAT. COM FRATURA LUXAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

URGÊNCIA

DOCUMENTO:

(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:

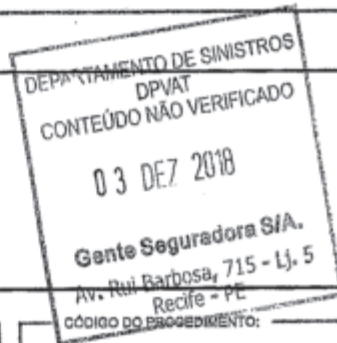
(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

COD. ÓRGÃO EMISSOR:

13167

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

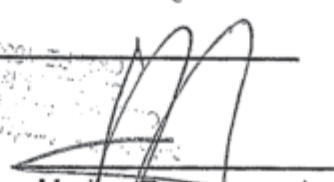
— DADOS REJEIÇÃO _____

— COMUNICAÇÃO ATIVA _____

— OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA _____

Hospital São Vicente



Data Atend: 22/10/2018		Atendimento: 0002718		Quarto/leito: 203 / 1	
Paciente: 00023353 - JOSE JOSELINO RAMOS					
Data Nasc: 07/08/1988		Idade: 30 Anos		Sexo: Masculino	
				Estado Civil: Solteiro	
Profissão:		Naturalidade: SERRA TALHADA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Nome Pai:			Nome Mãe: EDVANETE JOSEFA RAMOS		
Endereço: RUA AGAMENON MAGALHAES, 163 - CENTRO - SANTA CRUZ DA B - PE					
Telefones: () . / () . / (87) 9883.65242					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Transito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()					
Suicídio () Casual () Outros ()					
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Lesão fechada, fratura de fêmur direito, com deslocamento, sem lesão de vasos e nervos. Exame físico normal. Lesões de pele no antebraço direito.</i>					
Diagnostico Inicial: <i>Fratura + Luxação antebraço D</i>					
SADT:					
Diagnostico Final: <i>Fratura + Luxação antebraço D</i>					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>		Descição Médica <input checked="" type="checkbox"/>			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferencia ()			
Obito + 48h ()		Evasão ()			
Obito - 48h ()		Indisciplina ()			
Obito em ____/____/____					
Hora : _____					
				Data do Internamento: <i>22, 10, 18</i>	
				Data da Alta: <i>24, 10, 18</i>	
				Local: _____	
				 Medico Responsavel	

2º Auxiliar

Anestesista:

Luciana

DESCRIÇÃO CIRURGICA:

Sol p/ur. tór. p/ur.

Ms D, fechada face dorsal
pele lacerada & rece aberto
por placas, plástica sem
de fechada. Redução e
estruturas alveolares:

Al placa de 3.5 o/0700mm
de p. vertical 3.5
sutura por placas e definitivo
+ dente fechado

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
C.F.P. 058.652.033-25

Assinatura do Cirurgião

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 22/10/2018

Atendimento: 0002718

Quarto/leito: 203 / 1

Paciente: 00023353 - JOSE JOSELINO RAMOS

Cirurgia Realizado:

N. do Procedimento:

Redução de fratura
fratura luxação
interna do
cotovelo

0408020458

Data: 23/10/18

Início:

Término

Cirurgião:

Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRURGICA:

Salve Luis, Assessor
 Ms D, paciente faz redução
 de fratura de humero
 por placa, bloqueio
 de fratura. Redução e
 estruturas adjacentes.

Al placa de 3.5 o/0700000
 de 7. Vertical 3.5
 Sutura por placas e tendão
 e do braço flexão

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 03 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

Antônio Rodrigues de Freitas
 CRM 7351
 CTR 005.652.005-25

Assinatura do Cirurgião



Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrada, 603
Centro - Telefone: (87) 3831-1847
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

Yosi Joséline Ramos

Paciente portador de fratura + luxação
em antebraço direito e de luxação em
polegar direito, foi submetido a procedi-
mento cirúrgico estando inapte ao
trabalho por noventa (90) dias.



24/10/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOVO

JOSE JOSELIO RAMOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7127817-867-PE

CITY
086-379-324-01

DATA NASCIMENTO
07/08/1988

FLUADO
ELOT ROBERTO RAMOS
EDVANETE JOSELYA RAMOS

PERMISSÃO
AD

Nº REGISTRO
04941391553

VALIDADE
23/04/2023

1ª HABILITAÇÃO
13/05/2010

CELESTACÕES
CEIPP
MAR

Assinatura do titular

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
09/05/2010

Assinatura do titular

PERNAMBUCO

50081459008
PE085639206

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1566755190

PROIBIDO PLASTIFICAR
1566755190

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 DEZ 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014482216263
EXERCÍCIO 2018

ANÁKEA LUCIA NUNES CABRAL
TRIUNFO-PE

865 713 704-58
PLACA PR15441

YAMAHA/FACTOR VER125 K
2F/124CL

IPVA 2018 QUITADO
PREMIO TARIFARIO

AL R.D. BANCO FAP SA
DOCUMENTO EM PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TRIUNFO
16/06/18

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014482216263
EXERCÍCIO 2018

ANÁKEA LUCIA NUNES CABRAL
TRIUNFO-PE

865 713 704-58
PLACA PR15441

YAMAHA/FACTOR VER125 K
2F/124CL

IPVA 2018 QUITADO
PREMIO TARIFARIO

AL R.D. BANCO FAP SA
DOCUMENTO EM PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TRIUNFO
16/06/18

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014482216263
EXERCÍCIO 2018

ANÁKEA LUCIA NUNES CABRAL
TRIUNFO-PE

865 713 704-58
PLACA PR15441

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PE Nº 014482216263 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANÁKEA LUCIA NUNES CABRAL
TRIUNFO-PE

865 713 704-58
PLACA PR15441

YAMAHA/FACTOR VER125 K
2F/124CL

IPVA 2018 QUITADO
PREMIO TARIFARIO

AL R.D. BANCO FAP SA
DOCUMENTO EM PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TRIUNFO
16/06/18

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014482216263
EXERCÍCIO 2018

ANÁKEA LUCIA NUNES CABRAL
TRIUNFO-PE

865 713 704-58
PLACA PR15441

YAMAHA/FACTOR VER125 K
2F/124CL

IPVA 2018 QUITADO
PREMIO TARIFARIO

AL R.D. BANCO FAP SA
DOCUMENTO EM PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TRIUNFO
16/06/18

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014482216263
EXERCÍCIO 2018

ANÁKEA LUCIA NUNES CABRAL
TRIUNFO-PE

865 713 704-58
PLACA PR15441

YAMAHA/FACTOR VER125 K
2F/124CL

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180566960 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JOSELIO RAMOS **Data do acidente:** 14/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO (GALEAZZI).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180566960 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JOSELIO RAMOS **Data do acidente:** 14/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO (GALEAZZI).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JOSELIO RAMOS

Nº Sinistro: 3180566960

Vítima: JOSE JOSELIO RAMOS

Data do Acidente: 14/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180566960**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13683267



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

086.379.324-07

Nome completo da vítima:

JOSE JOSELIO RAMOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CONDIÇÃO: EMPREGADO

Nome completo:

JOSE JOSELIO RAMOS

Profissão:

MOTORISTA

Endereço:

RUA CEZARIO RAMOS COSTA

Bairro:

ROSARIO

Cidade:

TRIUNFO

Estado:

PE

CPF:

086.379.324-07

Número:

32

Complemento:

CASA

CEP:

56870-000

Tel (DDD):

(81) 338961128

E-mail:

JOSEJOSENETO169@GMAIL.COM

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0586

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

561908

(Informar o dígito se existir)

4

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONTENIDO NÃO VERIFICADO
03 DEZ 2018
Seguradora S/A
15-11-18

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura
digna da
vítima ou
beneficiário
ou representante

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Bradesco

Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Poupanca

Data: 22/11/2018 Term: 062186 N.Trans: 3786
Hora: 12:54

Valor:

Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 0588 / SERRA TALHADA

Conta: 0561900-4

Titular 1: JOSE JOSELIO RAMOS

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

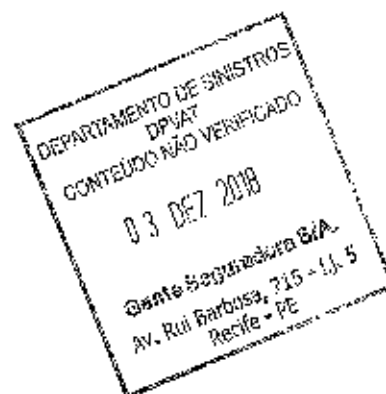
Após o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0899
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde





489800
0435798/18

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0271000360

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2018** às **12:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **14/10/2018** às **01:25**

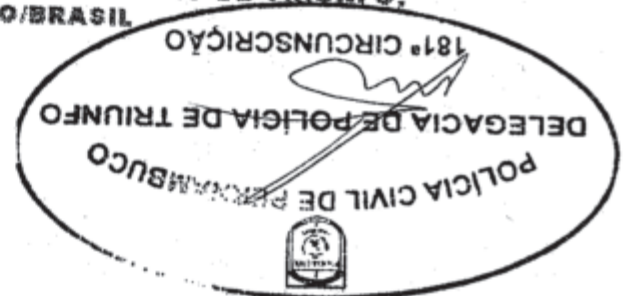
Fato ocorrido no endereço: **PE-366, CAFE DO BREJO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO,**
1 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
JOSE JOSELIO RAMOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSE JOSELIO RAMOS



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

JOSE JOSELIO RAMOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDVANETE
JOSEFA RAMOS Pai: **ELIO ROBERTO RAMOS** Data de Nascimento: **7/8/1988** Naturalidade:
SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **7127817/SSP/PE (RG),**
08637932401 (CPF), 04941391553 (CNH) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU**
COMPLETO Profissão: **MOTORISTA**
Endereço Residencial: **RUA CEZARIO RAMOS DA COSTA, 92, C - CEP: 0 - Bairro: ROSARIO**
- TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE JOSELIO RAMOS**, que estava
em posse do(a) Sr(a): **JOSE JOSELIO RAMOS**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR 125 K** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PE15441** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **429735201** Chassi: **9C9KE1520C0078108**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **MATRICULADA EM NOME DE ANDREA LUCIA NUNES CABRAL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE JOSE JOSELIO RAMOS, INFORMANDO QUE CONDUZIA A MENCIONADA MOTOCICLETA, E AO PASSAR SOBRE UMA LOMBADA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO CAIR AO SOLO, VINDO FRATURAR O ANTE BRAÇO DIREITO E LUXAÇÃO NO POLEGAR DIREITO, SENDO SOCORRIDO PELO MOTORISTA DA AMBULANCIA, PARA A UNIDADE MISTA DE TIRUNFO FELINTO WANDERLEY, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS.

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

JOSE JOSELIO RAMOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANCISCO ROBERTO LIMA** - Matrícula: **208478-3**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

086.379.324-01

Nome completo da vítima:

JOSE JOSELIO RAMOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

JOSE JOSELIO RAMOS

Profissão:

MOTORISTA

Endereço:

RUA CEZARIO RAMOS COSTA

CPF:

086.379.324-01

Número:

92

Complemento:

CASA

Bairro:

ROSARIO

Cidade:

TRIUNFO

Estado:

PE

CEP:

36870-000

E-mail:

JOAQUIM NETO 169 @ GMAIL.COM

Tel.(DDD):

(87) 988967128

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104) de

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0586

0

CONTA:

561908

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 DEZ 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

28

Data e Hora: 14/10/18 01:25 Nº. Ocorrência
Nome: Jose Joaello Ramos Data Nascimento:
Profissão: Sexo: M Doc. Ident.:
End.: Rua Barro Verde Silveira Brno, Triunfo PE
Responsável:
End/Fone: 9 8807-9885

Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐
Agressão ☐ Consulta ☐

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura:

Histórico e Exame Físico: Esc molar 12 molar
M. 1.1

Tratamento:

- xelmen an
- Dypapasa 1m
- Anelinas

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Impressão Diagnóstica:

pele trêmula

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

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Antônio Eduardo de Melo
CRM 8065
CPF: 198.284.974-68

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JOSELIO RAMOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000561908-4

Nr. Autenticação

BRADESCO1112201805000000000023700586000000561908236250 PAGO

30'W03'019'0'W00W

CELEP

Empresa Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Amambay - CEP 50860-002

51-03 | www.celepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANO ANTONIO DA SILVA

CPF: 027.847.124-27

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CEZARIO RAMOS COSTA 92 - C

ROSARIO/TRIUNFO
TE: INFO PE
58870-000

INSCRIÇÃO FISCAL	ACESSO	EMISSÃO
025715813	UNICA	26/07/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DE CONTAS	Nº DE INSTALAÇÃO
26/07/2018	2011049971	8175875

CONTA CONTRATADA 7020859002

DATA DE VENCIMENTO 07/2018

DATA DE VENCIMENTO 02/08/2018

DATA DE VENCIMENTO 27/08/2018

TOTAL DA FATURA 114,08

COMPOSIÇÃO DA FATURA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	0,0000000	0,74722083	86,81
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,30
Contribuição Iluminação Pública			18,48
CMS Subvenção CDE-NF 018154898-26/06/18			0,83

TOTAL DA FATURA

114,08

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO CERTIFICADO							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
316799120	CAI	26-06-2018	3.583,20	26-07-2018	3.592,90	30	1,0000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
PERÍODO	VALOR	%	VALOR DO IMPOSTO
JUL 18 118	94,87	25,00	23,74
AUG 18 89	94,87	0,92	0,87
MAI 18 99	94,87	4,28	4,06
AGO 18 104			
MAR 18 137			
FEV 18 144			
JAN 18 152			
OUT 17 151			
NOV 17 147			
OUT 17 134			
SET 17 92			
AGO 17 30			
JUL 17 30			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para a prestação de serviços de distribuição de energia elétrica, a CELEP é responsável por garantir a continuidade do fornecimento de energia elétrica ao consumidor. No caso de interrupção do fornecimento, a CELEP é responsável por indenizar o consumidor por danos materiais e morais. O consumidor deve manter a fatura em dia e não utilizar a energia elétrica de forma irregular. A CELEP não se responsabiliza por danos causados por uso indevido da energia elétrica.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para a prestação de serviços de distribuição de energia elétrica, a CELEP é responsável por garantir a continuidade do fornecimento de energia elétrica ao consumidor. No caso de interrupção do fornecimento, a CELEP é responsável por indenizar o consumidor por danos materiais e morais. O consumidor deve manter a fatura em dia e não utilizar a energia elétrica de forma irregular. A CELEP não se responsabiliza por danos causados por uso indevido da energia elétrica.

As condições de fornecimento de energia elétrica são regidas pelo Regulamento de Distribuição de Energia Elétrica (RDDEE) da ANEEL, aprovado em 14/06/2016, e suas alterações. Os serviços de distribuição de energia elétrica são prestados sob a modalidade de concessão, sob a supervisão da ANEEL. A CELEP é responsável por garantir a continuidade do fornecimento de energia elétrica ao consumidor. No caso de interrupção do fornecimento, a CELEP é responsável por indenizar o consumidor por danos materiais e morais. O consumidor deve manter a fatura em dia e não utilizar a energia elétrica de forma irregular. A CELEP não se responsabiliza por danos causados por uso indevido da energia elétrica.

LIMITES DE TENSÃO PARA TENSÃO NOMINAL			
CONDIÇÃO	VALOR ANUAL	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO
DIO	0,00	5,43	10,69
FGC	0,00	3,30	5,77
DMG	0,00	3,11	5,60

TENSÃO NOMINAL (V)	
Mínimo	Máximo
220	231

DESEMPENHO DE SINISTROS
DPVAT
DESEMPENHO NÃO VERIFICADO

03 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE