

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
JOSE JOSELIO RAMOS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
7127817 SSP PE

CPF
086.379.324-01

DATA NASCIMENTO
07/08/1988

FILIAÇÃO
ELOY ROBERTO RAMOS
EDVANETE JOSEFA RAMOS

PERMISSÃO
AD

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
04941391553

VALIDADE
23/04/2023

1ª HABILITAÇÃO
13/05/2010

OBSERVAÇÕES
CETPP
EAR

Jose Joselio Ramos

DATA EMISSÃO
08/05/2019

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1566755190

15 6755190

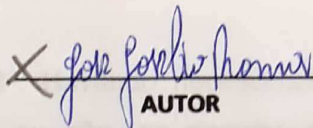
Scanned by CamScanner



FLORENTINO
ADVOCACIA
INSTRUMENTO DE MANDATO

Através do presente instrumento particular de mandato, **JOSE JOSELIO RAMOS**, brasileiro, solteiro, Motorista, inscrito no CPF sob o nº 086.379.324-01 e na carteira de identidade nº 7127817, SSP-PE, residente e domiciliado na rua Cesário Ramos, nº. 92, Rosário, Triunfo/PE, CEP: 56.870-000 nomeia e constitui como seu procurador o advogado **ANTONIO MARCOS FLORENTINO DOS SANTOS**, brasileiro, casado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº. 41.655, Seção do Estado de PE, com escritório profissional situado na Rua Carolino Campos S/N, Centro, Santa Cruz da Baixa Verde-PE, CEP: 56.895-000 outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes este instrumento, dando tudo por bom e valioso, em especial para ingressar com **AÇÃO DEEM FACE DE**, **UTILIZANDO TODOS OS MEIOS ADMITIDOS EM DIREITO.**

Santa Cruz da Baixa Verde/PE, 08 de Fevereiro de 2019.


AUTOR

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Rua Quinze de Novembro/ Rua Gustavo Fitipaldi, n.º 82, Centro, Afogados da Ingazeira/PE, CEP 56.800-000. Fone: (087) 98864-1323 (087) 99604-6330 (087) 99639-3048 E-mail: pbfadvocacia@gmail.com

Scanned by CamScanner



PEREIRA & BRITO
FLORENTINO
ADVOCACIA
DECLARAÇÃO

Eu, **JOSE JOSELIO RAMOS**, brasileiro, solteiro, Motorista, inscrito no CPF sob o nº 086.379.324-01 e na carteira de identidade nº 7127817, SSP-PE, residente e domiciliado na rua Cesário Ramos, nº. 92, Rosário, Triunfo/PE, CEP: 56.870-000, declaro que no momento, não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda, sem prejuízo do próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobres no sentido legal da acepção.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais a que estaremos sujeitos caso inverídica a declaração prestada.

Por ser verdade, firmo o presente.

Santa Cruz da Baixa Verde/PE, 08 de Fevereiro de 2018.

X *Jose Joselio Ramos*

Requerente

Rua Quinze de Novembro/ Rua Gustavo Fitipaldi, n.º 82, Centro, Afogados da Ingazeira/PE,
CEP 56.800-000. Fone: (087) 98864-1323 (087) 99604-6330 (087) 99639-3048 E-mail:

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRIÇÃO - 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 **01:26**

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)

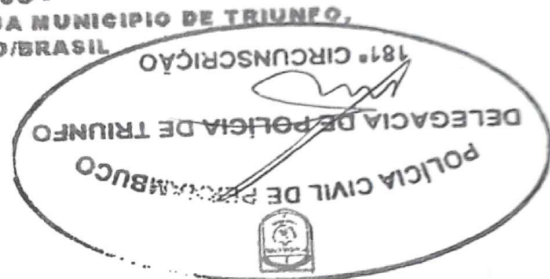
**JOSE JOSELIO RAMOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDVANETE
JOSEFA RAMOS Pai: ELIO ROBERTO RAMOS Data de Nascimento: 7/8/1928 Naturalidade:
SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7127817/SSP/PE (RG).
08637932401 (CPF). 04941391553 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU
COMPLETO Profissão: MOTORISTA
Endereço Residencial: RUA CEZARIO RAMOS DA COSTA, 32, 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: **PE18441** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **429785861** Chassi:
9C6KE1520C0078108
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: **208472-3**



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 65.

Data: 15.10.2018	Hora: 10:33
Nome: Jose Gervasio Ramos	
Nome Social:	Profissão: motorista
Nascimento: 07.08.88	Sexo: m.
Escolaridade: 1º grau	Estado Civil: casado
Mãe: Edsonete Gervasio Ramos	Responsável: e
Endereço: Rua Agamenon Magalhães 163.	
Bairro: C. Tur	Município: P. C. das P. Land. Fone: 9-8826.0242.
Cartão SUS:	RG/CPF: 7.127.817.
Raça/Cor:	Branca
	Preta
	Parda
	Amarela
	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

TRAUMA ANTÉRIO @ / HÁ 1014
NÃO ACIDENTE 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 ANTIBIÓTICO @
TOMAR/ANALGÉSICO APIL
AO HOSP. SÃO VICENTE
PI TTD CTRK 500

Hipótese Diagnóstica:

FRAT. UNIAES ATB @

Carimbo e Assinatura:

Carimbo e Assinatura
CRIM-PE / 10055
Ortopedia Trauma
Ortopedia / Traumatologia
Ortopedia / Traumatologia

pac. em lista ortopédica. me



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde

UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

28

Data e Hora: 14/10/18 às 01:25		Nº. Ocorrência
Nome: Jose Joaello Ramos		Data Nascimento:
Profissão:	Sexo: M	Doc. Ident.:
End.: Rua Ramundo Silveira Rima, 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. med. 12/10/18 Monic		
Tratamento: - xelben a - Dipress 100 - Anelone		
Impressão Diagnóstica: pel. Tr. med. 12/10/18		
Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência ☐	Internado ☐ Transferido ☐
Óbito às	horas do dia	
Médico - Carimbo e CRM: Dr. Antônio Eduardo de Melo Médico CRM-8065 CPF: 198.284.974-68		

Scanned by CamScanner



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 Trânsito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Agressão ()	Suicídio ()	Casual ()
Outros ()		
Nome Acompanhante:	Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:		
<i>Lesão de cabeça por queda de 10m, do 1º andar, sem perda de consciência, sem ferimentos visíveis, sem fraturas aparentes, sem alterações de nível de consciência, sem alterações de vitalidade, sem alterações de estado geral.</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura + Luxação antebraço D</i>		
SADT:		
Diagnóstico Final: <i>Fratura + Luxação antebraço D</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorado ()	Desciação Médica ()	
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	
Piorando ()	Transferência ()	
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: <i>[Assinatura]</i>
		Médico Responsável



Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA

Recife - CEP 50050-902

(51) 3333-9333 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANO ANTONIO DA SILVA

CPF: 027.847.124-27

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CÉZARIO RAMOS COSTA 92 - C

ROSARIO/TRIUNFO

TIPO DE

58470-000

NOTA FISCAL

026715813

SÉRIE

UNICA

EMISSÃO

28/07/2018

COMPARTEILHAMENTO

28/07/2018

2011049971

6175875

COMPARTEILHAMENTO

7020859002 07/2018

DATA DE VENCIMENTO: 02/08/2018

DATA PREVISTA DE VENCIMENTO: 27/08/2018

TOTAL A PAGAR: 114,06

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	114,06	0,7422083
Acrescimo Bandeira VERMELHA		0,30
Contribuição Iluminação Pública		19,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 018154808-25/05/18		0,83

TOTAL DA FATURA 114,06

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
316799120	CAI	26-06-2018	3.087,00	26-07-2018	3.199,00	30	1,00000		

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
JUL 18	118
JUN 18	88
MAY 18	93
ABR 18	104
MAR 18	137
FEV 18	144
JAN 18	152
DEZ 17	141
NOV 17	147
OUT 17	134
SET 17	92
AUG 17	92
JUL 17	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	32,8	28,7%
Transmissão	4,00	3,5%
Distribuição (Carga)	18,74	16,4%
Perdas de Energia	9,89	8,7%
Encargos Sociais	4,87	4,3%
Tributos	20,87	18,3%
Total	84,97	74,6%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo (kWh) 0,7422083

RESERVAÇÃO ADICIONAL

8254 3CC2 EEB3 AE2C F8A0 D3E2 1F2B CEBE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no portão mais perto de você ou com sua maquininha de cartão. A partir de 1º de janeiro de 2018, a energia para a cidade de Recife será fornecida em 220V. O cliente deve estar atento ao tipo de equipamento que utiliza em casa. Mais informações em www.anel.gov.br. O cliente é responsável por manter o equipamento em bom estado de conservação. Em caso de suspensão de fornecimento, o cliente deverá providenciar a manutenção do equipamento em até 2 dias úteis, sob pena de suspensão definitiva do fornecimento.

ATENÇÃO: ELABORE O FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO E ENTREGUE NO CENTRO DE ATENDIMENTO DO CLIENTE

Valor	Arquivo	Valor	Arquivo	Valor
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	231



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 22/10/2018	Atendimento: 0002718	Quarto/leito: 203 / 1
Paciente: 00023353 - JOSE JOSELINO RAMOS		
Cirurgia Realizado: Redução de fratura de fêmur proximal com placa e parafusos	N. do Procedimento: 0408020458	
Data: 23/10/18	Início:	Término
Cirurgião: [assinatura]		
Auxiliar: [assinatura]		
2º Auxiliar:		
Anestesista: [assinatura]		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: Solução de fratura de fêmur proximal com placa e parafusos. Ms D, redução e fixação da fratura de fêmur proximal com placa e parafusos. Placa de fixação de fêmur proximal. Redução e estabilização da fratura. Al. placa de 3.5 o/0700mm de p. vertical 3.5 sutura por pontos e pontos + dreno fechado		
		Assinatura do Cirurgião [assinatura] Antônio Rodrigues de Freitas CRM 17.571 CBO 351.05-05

Scanned by CamScanner





Hospital São Vicente

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

Yosi Jozelino Ramos

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

24/10/18





(81) 8836-5242 / 8842-3124

HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

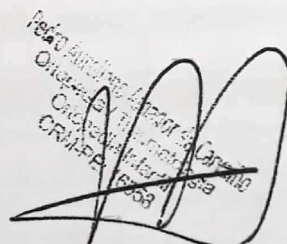
Nome: JOSE LOSEIRO RAMOS

AO HOSP. SÃO VICENTE MSN
23.2

Hdx: TRAT - UXAÇÃO GARGA
ANDRÉO ①

- ① DIETA LÚPUS
- ② DIETONA 100g ③ 6/6 LITROS
- ③ HEMOGLOBINA COAGULO GRAMA
- ④ FEN + CCB6 ^{colheito} 01-23110 Ana

Data: 15/10/18


Médico - CRM



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 - 18558**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **JOSÉ JOSELO 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, BARRIO): **AGAMENON MAGALHAES, 163, CENTRO**

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE** Cód. IBGE Município: **2612471** UF: **PE** CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **fract, 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: CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

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 LETO: ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

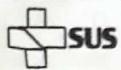
AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO: **(X) CNS () CPF** Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Cód. Órgão Emissor: **13167**

ESCLARECIMENTOS





Sistema Único de Saúde
Ministério da 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

Joelma Raimundo

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

07/08/1988

10 - SEXO

Masculino

11 - RACIA

3

11 - NOME DA MÃE

Edvaneide Raimundo

12 - TELEFONE DE CONTATO

8779188365242

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Edvaneide Raimundo

14 - TELEFONE DE CONTATO

8779188365242

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Magalhães N: 163

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cruz, do Rio Grande

17 - CDD. BSE MUNICÍPIO

2612471

18 - UF

PE

19 - CEP

55680000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Síndrome metabólica, MS, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, colesterol elevado, dor e sangramento fecal

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Trat. Cirúrgico

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

As alterações de SPT Ref

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA LUXAÇÃO ANTÉRIO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução Cirúrgica

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04040102045P

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

Antônio Carlos

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/11

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 SINISTRO

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11/11

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

Monica Cecília Ferreira Faustino

066-18-272214-15 CRM: 8603

1202

22110924110118



SINISTRO 3180566960 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE JOSELIO RAMOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE JOSELIO RAMOS

CPF/CNPJ: 08637932401

Posição em 11-12-2018 10:08:01

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/12/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Scanned by CamScanner



SUBSTABELECIMENTO.



SUBSTABELECIMENTO

SUBSTABELECENTE: ANTONIO MARCOS FLORENTINO DOS SANTOS, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na ordem dos advogados do Brasil, seccional do Estado de Pernambuco sob o nº 41.655, com escritório na Rua Carolino Campos nº 168, sala 01, Centro, Santa Cruz da Baixa Verde/PE, CEP: 56.895-000.

SUBSTABELECIDO: MÔNICA CECÍLIA FERREIRA FAUSTINO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na ordem dos advogados do Brasil, seccional do Estado de Pernambuco sob o nº 46.902, ambos com escritório na Rua Carolino Campos nº 168, sala 01, Centro, Santa Cruz da Baixa Verde/PE, CEP: 56.895-000, para **ATUAR NO PROCESSO Nº 0000377-72.2019.8.17.3520**, o qual tramita neste respeitável Vara única da Comarca de Triunfo – PE.

Santa Cruz da Baixa Verde/PE, 26 de agosto de 2019.


ANTONIO MARCOS FLORENTINO DOS SANTOS

OAB/PE Nº 41.655

Scanned by CamScanner

