

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIVANIA DA SILVA MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03893

CONTA: 000000015268-0

Nr. da Autenticação 1873C07B36B8E3C8

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439822 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIVANIA DA SILVA MELO **Data do acidente:** 27/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO. (P4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 11/07/2019 ASSINADO PELO DRº ROBSON CARDOSO A. JÚNIOR. (P1)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190439822 Vítima: JOSIVANIA DA SILVA MELO

Data do Acidente: 27/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIVANIA DA SILVA MELO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **JOSIVANIA DA SILVA MELO**

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 3893

Conta: 0000015268-0

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:

Nome completo da vítima:

060.616.265-84 Josivania da Silva Melo

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

Nome completo:

Josivania da Silva Melo

CPF:
060.616.265-84

Profissão:

Travadeira Assent Maria Feitosa

Número:
311 Complemento:
Casa

Bairro:

Área Rural

Cidade:
Poco Redondo

Estado:
SC

CEP:
49940-000

E-mail:

Marcosdiglenia@gmail.com

Tel.(DDD):
79-99918-9207

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3293

CONTA: 16068 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

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 de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes 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 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
nasceu (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: Poco Redondo; 22 de julho de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

K. Josivania da Silva Melo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

Assinatura

22 JUL 2019

Assinatura

(*) 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.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060052/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/06/2019 11:51 Data/Hora Fim: 05/06/2019 11:52
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 27/03/2019 07:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Bairro: Povoado Sta Rosa

Logradouro: Rodovia Estadual Santa Rosa do Ermitão

CEP: 49.810-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSIVANIA DA SILVA MELO (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Itabaiana	Sexo: Feminino	Nasc: 15/04/1992
Profissão: Do Lar			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria Cicera da Silva Melo	Nome do Pai: Jose Alves de Melo		

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: Assentamento Maria Feitosa

CEP: 49.810-000

Telefone: (79) 99603-3865 (Celular)

Nome Civil: MANOEL ALVES DE SOUSA (SEM PARTICIPAÇÃO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 74
Estado Civil: Viúvo(a)		

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 236.201.025-20	Placa: IAD0276
Renavam: 923028722	Número do Chassi: 9C2KC08107R172090
Ano/Modelo Fabricação: 2007/2007	Cor: VERMELHA
UF Veículo: Sergipe	Município Veículo: Canindé de São Francisco
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 05/06/2019 11:53
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

INVESTPREV

22 JUL 2019





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060052/2019-A01

Nome Envolvido

Josivania da Silva Melo

Envolvimentos

Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA a noticiante que pilotava uma motocicleta pertencente ao seu sogro MANOEL ALVES DE SOUSA, pela Rodovia Estadual de Santa Rosa do Rioirio, quando ao tentar entrar em uma estrada vicinal, colidiu com uma outra que também fazia a mesma manobra; QUE ao cair sobre a pista de rolamento sofreu fraturas na perna esquerda, sendo socorrida por populares e conduzida a UPA POÇO REDONDO, e em seguida transferida para o Hospital da cidade de Itabaiana; Que registra o boletim de ocorrência para fins seguritários. É o relato.

ASSINATURAS

Jose Roberto de Melo Santos
Delegado de Polícia Civil
2º Of. Pólo Jud. 1ª Classe
Responsável pelo atendimento
Matrícula 30671647

Josivania da Silva Melo
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de efeitos que sou eu (a) (meu(a)) Delegado(a) Informante(a) acima assinado(a) e declaro que cedo(ei) responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo(a), conforme previsto nos Artigos 339-Comunicação Celular e 340-Comunicação Falsa de Crime no de Constituição do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

22 JUL 2019

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:

Nome completo da vítima:

060.616.265-84 Josivania da Silva Melo

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

Nome completo:

Josivania da Silva Melo

CPF:
060.616.265-84

Profissão:

Travadeira Assent Maria Feitosa

Número:
311 Complemento:
Casa

Bairro:

Área Rural

Cidade:
Poco Redondo

Estado:
SC

CEP:
49940-000

E-mail:

Marcosdiglenia@gmail.com

Tel.(DDD):
79-99918-9207

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3293

CONTA: 15068 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

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 de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes 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 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
nasceu (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: Poco Redondo; 22 de julho de 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Josivania da Silva Melo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

Assinatura

22 JUL 2019

Assinatura

(*) 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.

horas 08:44

Nto



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

71.334

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Josivania da Silva Melo

DATA:

27/03/2019

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 15/04/92 SEXO: F
260

FILIAÇÃO:

PAI: José Alves da Melo

MÃE: Maria Picena da Silva Melo

ENDEREÇO:

Assentamento Feitoria REFERÊNCIA: 03

PROFISSÃO:

Agricultor

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA

CARDIOPATIA

HANSENIASE

DIABETES

HEMORRAGIA

PSICOPATIA

EPILEPSIA

HEMOFILIA

TUBERCULOSE

HIPERTENSÃO

TIPO DE SANGUE

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

Pt. agud. história de acidente por quebra de metatarsal. Duraça - se de 60s a 113
distal de MIE. Nega lesão a membro inferior.
Rx: Fratura posterior a 1/3 esquerdo, complate
to (limite proximal do colâno) H1: Fratura a colâno

① Imobilização

② A Ortopedia

Jr. Marcelo Góes Souto
CRM/SE/2963

INVESTPREV

22 JUL 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Marcos D.O. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dosiriania Da Silva Mello inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.616.265 / 84, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Dosiriania Da Silva Mello, inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.616.265 / 84, 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	<u>Rua Dos Silves</u>	Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Secretario</u>
Bairro	<u>Brasilia</u>	Cidade	<u>J. Gra Da Glória</u>	Estado	<u>SE</u>
Email	<u>marcosdgloria@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>79.99189207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.99952568</u>

15/07/2019 de Julho de 2019
Local e Data:

Jose Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

22 JUL 2019

Município de
Poço Redondo
Cuidando do nosso povo!
ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

RECEITUÁRIO

Nome:

José da Silva Melo

Passei meus dias de vida
de nasc. em 27.03.2013
em fazenda portaria e pé
esquerdo (colonne) com
sequela posterior. Hoje
encontra-se de alta definição

(CR) 592.0

Dr. Robson Carimbo A. Júnior
CRM-SE

Ass. e Carimbo / CRM

11
07
2019

Data

INVESTPREV

22 JUL 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 638899
INS:

DATA: 27/03/2019 HORA: 14:56 USUARIO: FPSANTANA
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSIVANIA DA SILVA MELO
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 15/04/1992
ENDERECO....: ASSENTAMENTO CANADA
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZR
MUNICIPIO....: POCO REDONDO
NOME PAI/MAE.: JOSE ALVES DE MELO
RESPONSAVEL...: O PROPRIO
PROCEDENCIA...: POCO REDONDO - SE
ATENDIMENTO...: OUTROS
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE...
CID- TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA

DOC...: 70198888
SEXO..: FEMININO
NUMERO:

UF: SE CEP...: 49810-000
/MARIA CICERA DA SILVA
TEL...: 000

A: [] X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [X] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITO DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

DADOS CLÍNICOS:

NOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Rio X: Perna esquerda.

• AGNOSTICO:

features 15

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

TRANSFERENCIA (UNIDAD DE SEDER) [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO

José Luís Melo da Silva
FESTINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

**UNIDADE MISTA DE SAÚDE
D. ZULMIRA SOARES**

**GUIA DE
TRANSFERÊNCIA
HOSPITALAR**

DADOS DO PACIENTE

NOME: Jasivana da Silva Melo

SEXO: FEM. MASC.

IDADE: 26 anos

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

FONE:

RESPONSÁVEL:

DESTINO DO PACIENTE: Hospital Convenio SUS

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Fratura de coluna esquerda

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Doença e consulta ao ortopedista

INVESTPREV

22 JUL 2019

ÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

ÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

BS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

UFS Poce Ribeiro
Unidade Hospitalar

27/03/2019
Local e Data

... Marcelo Guedes Souza
CRM/CE 1983
Ass. do Médico



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

Nome: Josivane de Oliveira Melo

Atesto que os dados das cns
e paciente da rotina no UPA 24h
do Psg Federal no dia 27/03/19
relatando endo de nobs e no Recept
do MIE que o paciente fatura de
caminhos e este é de esse hospital

CID: S92.0

STEVAO F. DE CARVALHO
CRM: 5826/SE

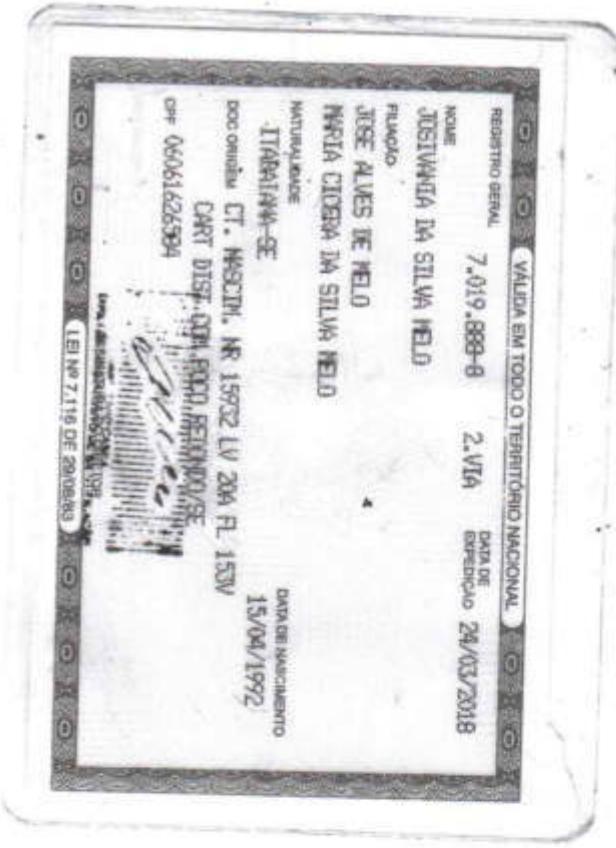
Ass. e Carimbo / CRM

22/08/19

Data

INVESTPREV

09 AGO 2019



INVESTPREV

22 JUL 2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINOS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Josivânia da Silva Melo (nacionalidade) Brasileiro , (profissão) vendedora , portador da cédula de identidade RG nº 7.019.888-8 , emitido pela SSP / (UF) SE , inscrito sob o CPF nº 060.616.065-84 , residente na (endereço completo) Avenida Maria Feitosa S/n , na cidade de Poco Redondo , (UF) SE , CEP 49810-000 , nomeio e constituo meu procurador , (nome do representante) José Maria de O. Rosa (nacionalidade) Brasileiro , (profissão) Consultor , portador da cédula de identidade RG nº 2123 3829 , emitido pela SSP / (UF) SE , inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00 , residente na (endereço completo) Rua das Silvas n° 217 , na cidade de N. Sra. da Glória , (UF) SE , CEP 49680-000 , a quem confiro amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Josivânia da Silva Melo junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Poco Redondo; 18.07.2019



(assinatura) Josivânia da Silva Melo

(RG) 7.019.888-8

INVESTPREV

22 JUL 2019



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)