



Número: **0034584-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSUE MAXIMIANO DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68589578	25/09/2020 15:17	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128394

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15652621





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128394

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido, pois não foi entregue.
<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00855/00856 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040428



Carta nº 15652622





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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, 10 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128394

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 00000023762-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200128394      Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00907/00908 - carta\_09 - INVALIDEZ

00040454



Carta nº 15714236





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF de vítima: 628.945.874-49 4 - Nome completo da vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA 6 - CPF: 628.945.874-49  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO PEDREBUCHO 9 - Número: 200C 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VERTENTE DO LERIO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55760-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81.99700-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (nos bancos)  
Nome do BANCO: BRADESCO  
AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 023762 0  
(Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às ordens da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s)/gêmeos(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso cívica, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, em nome e em nome, 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.

JOABE SOUZA DA SILVA  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

087.201.794-05

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 21/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0206000219**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/01/2020** às **09:57**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **14/12/2019** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, CENTRO** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROX. AO MATADOURO**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
JOSUÉ MAXIMIANIANO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUÉ MAXIMIANIANO DA SILVA**

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

**JOSUÉ MAXIMIANIANO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSEFA DA SILVA** Pai: **VITAL MAXIMIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/8/1967** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3484133/SDS/PE (RG), 82894687448 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO PEDREGULHO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Data de Nascimento: **1/1/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA HONDA CG FAN X3 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUÉ MAXIMIANIANO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUÉ MAXIMIANIANO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD4564** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **308487016** Chassi: **9C2JC4110BR460642**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

Complemento / Observação

24/01/2020 09:58

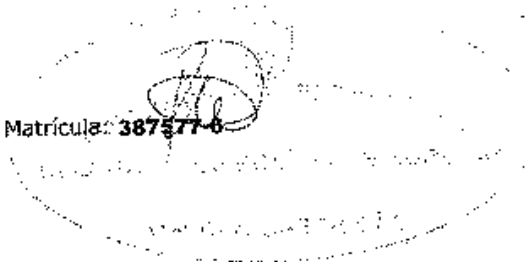


DECLARA O SENHOR JOSUÉ MAXIMINIANO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO NO DIA 14/12/2019 NO CENTRO DE SURUBIM PRÓXIMO AO MATADOURO, QUE UM CARRO FOI "CORTAR" O OUTRO E QUE ELES VINHAM EM DIREÇÃO OPOSTA, OCORRE QUE NESTA ULTRAPASSAGEM O CARRO QUE REALIZOU A MANOBRA COLIDIU DE FRENTE COM SENHOR JOSUÉ, O QUE OCASIONOU O ACIDENTE, QUE O SAMU REALIZOU O SEU SOCORRO SENDO ENCAMINHADO PARA A UPA DE SURUBIM, DE LÁ SEGUIU PARA O HOSPITAL DE CARUARU E POSTERIORMENTE REALIZOU CIRÚRGIA EM BEZERROS CONFORME PRONTUÁRIO Nº. 25480 OCORRÊNCIA 00103315. REGISTRA O FATO PARA CONHECIMENTO.

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

**JOSUÉ MAXIMINIANO DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA** - Matrícula: **387577-6**



24/01/2020 09:58







# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF de vítima: 628.945.874-49 4 - Nome completo da vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA 6 - CPF: 628.945.874-49  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO PEDREBUCHO 9 - Número: 200C 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VERTENTE DO LERIO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55760-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81.99700-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POLUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (nos bancos)  
Nome do BANCO: BRADESCO  
AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 023762 0  
(Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às ordens da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s)/nascidos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso cívica, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, em nome e ante, única, 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.

JOABE SOUZA DA SILVA  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

087.201.794-05  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

*Joabe Souza da Silva*  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º Nome: *Leonilda Barbosa da Silva*  
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: *Leonilda Barbosa da Silva*  
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 21/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019

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: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000023762-0

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO080420200500000000002370083500000002376294500 PAGO



உதாரணம்: கருவியைப் பயன்படுத்தி  
கருவியைப் பயன்படுத்தி

EXEMPLO DA (M)ADE DOISUTORA  
E. REGULAÇÃO 183 C.

CONF 028 046 874-49 NIS 12305978409

VERTEDELO COMPREENSIVO DO LEO  
VERTEDELO DE LEO  
5576-000

CLASSIFIED  
BY 755242  
EXEMPT FROM GDS  
FOUO

LS: 478298 | LMS: | 3/10/2021

07-01-2020	Success	31-132
------------	---------	--------

7020233048 01/2020

14/01/2020 14:02/2020

47:02

[illegible]

7.37" Clearing Fee

4242

Nº DO VENDEDOR	SINO DA FUNÇÃO	SUPERIOR	ATUAL	Nº DE CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MVA)
0710-2	067	067A L3 12 2F 2	DATA 08-14-2022	LEITURA 22 565,00	39	
		LEITURA 30 442,00			<i>Kwh/m³</i>	17,381

	SURSE DE CALULUI	%	UNIBRICO REPERIO		UNIBRICO REPERIO
1970-71	121			1970-71	121
1971-72	121			1971-72	121
1972-73	121			1972-73	121
1973-74	121			1973-74	121
1974-75	121			1974-75	121
1975-76	121			1975-76	121
1976-77	121			1976-77	121
1977-78	121			1977-78	121
1978-79	121			1978-79	121
1979-80	121			1979-80	121
1980-81	121			1980-81	121
1981-82	121			1981-82	121
1982-83	121			1982-83	121
1983-84	121			1983-84	121
1984-85	121			1984-85	121
1985-86	121			1985-86	121
1986-87	121			1986-87	121
1987-88	121			1987-88	121
1988-89	121			1988-89	121
1989-90	121			1989-90	121
1990-91	121			1990-91	121
1991-92	121			1991-92	121
1992-93	121			1992-93	121
1993-94	121			1993-94	121
1994-95	121			1994-95	121
1995-96	121			1995-96	121
1996-97	121			1996-97	121
1997-98	121			1997-98	121
1998-99	121			1998-99	121
1999-00	121			1999-00	121
2000-01	121			2000-01	121
2001-02	121			2001-02	121
2002-03	121			2002-03	121
2003-04	121			2003-04	121
2004-05	121			2004-05	121
2005-06	121			2005-06	121
2006-07	121			2006-07	121
2007-08	121			2007-08	121
2008-09	121			2008-09	121
2009-10	121			2009-10	121
2010-11	121			2010-11	121
2011-12	121			2011-12	121
2012-13	121			2012-13	121
2013-14	121			2013-14	121
2014-15	121			2014-15	121
2015-16	121			2015-16	121
2016-17	121			2016-17	121
2017-18	121			2017-18	121
2018-19	121			2018-19	121
2019-20	121			2019-20	121
2020-21	121			2020-21	121
2021-22	121			2021-22	121
2022-23	121			2022-23	121
2023-24	121			2023-24	121
2024-25	121			2024-25	121
2025-26	121			2025-26	121
2026-27	121			2026-27	121
2027-28	121			2027-28	121
2028-29	121			2028-29	121
2029-30	121			2029-30	121
2030-31	121			2030-31	121
2031-32	121			2031-32	121
2032-33	121			2032-33	121
2033-34	121			2033-34	121
2034-35	121			2034-35	121
2035-36	121			2035-36	

1. The following information is provided for the year ended 31 December 2010:

Substance	WATER		FRESH		WATER	TEMPERATURE	WATER	
	WATER	TEMPERATURE	TEMPERATURE	TEMPERATURE			WATER	TEMPERATURE
100	0.12	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	
200	0.12	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	
300	0.12	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	





Sociedade de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
Constituída em 05/05/2002  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50065-002  
CNPJ: 08.055.502/0001-08 | Ins. Est. 0005241-98 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DO DEBENTURANTE

ENDEREÇO DA AGÊNCIA DE CREDITO

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RUA JOAO BATISTA 371

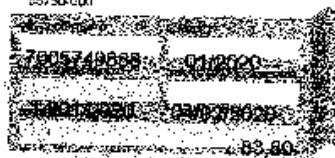
CPF: 042.244.444-04

CENTRO SURI BIRI  
SULBIRI PE  
5750-000

CLASSIFICAÇÃO

SI RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Municipal

731288002 UNICA 07/01/2020



07/01/2020 2013168880 3753008

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Ativo (KWH) TUSU	98,000000	0,4348162	42,22
Consumo Ativo (KWH) TE	98,000000	0,3587505	35,55
Atividade Residencial ANATELA			1,68
Contribuição Pública Municipal			2,49
ICMS (Bônus de 40% de redução)			0,26

TOTAL DA FATURA 83,80

PERÍODO	PERÍODO	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
01/01/20	31/01/20	01/01/20	83,80	01/01/20	83,80	01/01/20	83,80	01/01/20	83,80

PERÍODO	PERÍODO	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
01/01/20	31/01/20	01/01/20	83,80	01/01/20	83,80	01/01/20	83,80	01/01/20	83,80

Assinatura eletrônica do cliente e do agente de crédito

PERÍODO	PERÍODO	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
01/01/20	31/01/20	01/01/20	83,80	01/01/20	83,80	01/01/20	83,80	01/01/20	83,80



DEFEITO DA BASE DE CONCRETO  
E. F. REGULLO 183 C.

VERTENTE DO REGISTRO DO L&L  
VERTENTE DO REGISTRO  
65762-000

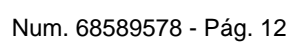
7020233049 01/2020  
54/01/2020 04/02/2020  
47.02

3.07 = 0.616(7) Å					47.02
-------------------	--	--	--	--	-------

DATA	VALOR	INDICADOR	VALOR	INDICADOR	VALOR	INDICADOR
1990-10	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1990-11	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1990-12	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1991-01	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1991-02	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1991-03	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1991-04	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1991-05	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1991-06	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1991-07	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1991-08	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1991-09	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1991-10	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1991-11	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR
1991-12	1.00	ICMR	1.00	ICMR	1.00	ICMR

1975-1976, 1977-1978, 1979-1980, 1981-1982, 1983-1984, 1985-1986, 1987-1988, 1989-1990, 1991-1992, 1993-1994, 1995-1996, 1997-1998, 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016, 2017-2018, 2019-2020, 2021-2022, 2023-2024, 2025-2026, 2027-2028, 2029-2030, 2031-2032, 2033-2034, 2035-2036, 2037-2038, 2039-2040, 2041-2042, 2043-2044, 2045-2046, 2047-2048, 2049-2050, 2051-2052, 2053-2054, 2055-2056, 2057-2058, 2059-2060, 2061-2062, 2063-2064, 2065-2066, 2067-2068, 2069-2070, 2071-2072, 2073-2074, 2075-2076, 2077-2078, 2079-2080, 2081-2082, 2083-2084, 2085-2086, 2087-2088, 2089-2090, 2091-2092, 2093-2094, 2095-2096, 2097-2098, 2099-2100, 2101-2102, 2103-2104, 2105-2106, 2107-2108, 2109-2110, 2111-2112, 2113-2114, 2115-2116, 2117-2118, 2119-2120, 2121-2122, 2123-2124, 2125-2126, 2127-2128, 2129-2130, 2131-2132, 2133-2134, 2135-2136, 2137-2138, 2139-2140, 2141-2142, 2143-2144, 2145-2146, 2147-2148, 2149-2150, 2151-2152, 2153-2154, 2155-2156, 2157-2158, 2159-2160, 2161-2162, 2163-2164, 2165-2166, 2167-2168, 2169-2170, 2171-2172, 2173-2174, 2175-2176, 2177-2178, 2179-2180, 2181-2182, 2183-2184, 2185-2186, 2187-2188, 2189-2190, 2191-2192, 2193-2194, 2195-2196, 2197-2198, 2199-2200, 2201-2202, 2203-2204, 2205-2206, 2207-2208, 2209-2210, 2211-2212, 2213-2214, 2215-2216, 2217-2218, 2219-2220, 2221-2222, 2223-2224, 2225-2226, 2227-2228, 2229-2230, 2231-2232, 2233-2234, 2235-2236, 2237-2238, 2239-2240, 2241-2242, 2243-2244, 2245-2246, 2247-2248, 2249-2250, 2251-2252, 2253-2254, 2255-2256, 2257-2258, 2259-2260, 2261-2262, 2263-2264, 2265-2266, 2267-2268, 2269-2270, 2271-2272, 2273-2274, 2275-2276, 2277-2278, 2279-2280, 2281-2282, 2283-2284, 2285-2286, 2287-2288, 2289-2290, 2291-2292, 2293-2294, 2295-2296, 2297-2298, 2299-2300, 2301-2302, 2303-2304, 2305-2306, 2307-2308, 2309-2310, 2311-2312, 2313-2314, 2315-2316, 2317-2318, 2319-2320, 2321-2322, 2323-2324, 2325-2326, 2327-2328, 2329-2330, 2331-2332, 2333-2334, 2335-2336, 2337-2338, 2339-2340, 2341-2342, 2343-2344, 2345-2346, 2347-2348, 2349-2350, 2351-2352, 2353-2354, 2355-2356, 2357-2358, 2359-2360, 2361-2362, 2363-2364, 2365-2366, 2367-2368, 2369-2370, 2371-2372, 2373-2374, 2375-2376, 2377-2378, 2379-2380, 2381-2382, 2383-2384, 2385-2386, 2387-2388, 2389-2390, 2391-2392, 2393-2394, 2395-2396, 2397-2398, 2399-2400, 2401-2402, 2403-2404, 2405-2406, 2407-2408, 2409-2410, 2411-2412, 2413-2414, 2415-2416, 2417-2418, 2419-2420, 2421-2422, 2423-2424, 2425-2426, 2427-2428, 2429-2430, 2431-2432, 2433-2434, 2435-2436, 2437-2438, 2439-2440, 2441-2442, 2443-2444, 2445-2446, 2447-2448, 2449-2450, 2451-2452, 2453-2454, 2455-2456, 2457-2458, 2459-2460, 2461-2462, 2463-2464, 2465-2466, 2467-2468, 2469-2470, 2471-2472, 2473-2474, 2475-2476, 2477-2478, 2479-2480, 2481-2482, 2483-2484, 2485-2486, 2487-2488, 2489-2490, 2491-2492, 2493-2494, 2495-2496, 2497-2498, 2499-2500, 2501-2502, 2503-2504, 2505-2506, 2507-2508, 2509-2510, 2511-2512, 2513-2514, 2515-2516, 2517-2518, 2519-2520, 2521-2522, 2523-2524, 2525-2526, 2527-2528, 2529-2530, 2531-2532, 2533-2534, 2535-2536, 2537-2538, 2539-2540, 2541-2542, 2543-2544, 2545-2546, 2547-2548, 2549-2550, 2551-2552, 2553-2554, 2555-2556, 2557-2558, 2559-2560, 2561-2562, 2563-2564, 2565-2566, 2567-2568, 2569-2570, 2571-2572, 2573-2574, 2575-2576, 2577-2578, 2579-2580, 2581-2582, 2583-2584, 2585-2586, 2587-2588, 2589-2590, 2591-2592, 2593-2594, 2595-2596, 2597-2598, 2599-2600, 2601-2602, 2603-2604, 2605-2606, 2607-2608, 2609-2610, 2611-2612, 2613-2614, 2615-2616, 2617-2618, 2619-2620, 2621-2622, 2623-2624, 2625-2626, 2627-2628, 2629-2630, 2631-2632, 2633-2634, 2635-2636, 2637-2638, 2639-2640, 2641-2642, 2643-2644, 2645-2646, 2647-2648, 2649-2650, 2651-2652, 2653-2654, 2655-2656, 2657-2658, 2659-2660, 2661-2662, 2663-2664, 2665-2666, 2667-2668, 2669-2670, 2671-2672, 2673-2674, 2675-2676, 2677-2678, 2679-2680, 2681-2682, 2683-2684, 2685-2686, 2687-2688, 2689-2690, 2691-2692, 2693-2694, 2695-2696, 2697-2698, 2699-2700, 2701-2702, 2703-2704, 2705-2706, 2707-2708, 2709-2710, 2711-2712, 2713-2714, 2715-2716, 2717-2718, 27

D-NAME	UNIT PRICE		QTY	UNIT	TERMS	UNIT DISCOUNT (%)
	LOCAL	EXPORT				
DE	0.22	1.25	1.58	90.00		
YU	0.12	0.85	0.73	20.00		
UNIT						



Compassionate Eye Surgery 46 Pomfret House  
 1000 Lakeside Drive, Suite 211, One Side, Seattle - WA 98105-9901  
 (206) 468-3366 (206) 468-0101 | Fax: (206) 468-3363 | [www.cesw.org](http://www.cesw.org)

REPORT OF THE  
COMMISSIONER OF THE  
REVENUE DEPARTMENT

DEFEITO DA BASE DE CONCRETO  
E. F. REGULLO 183 C.

REF ID: A68884

VERTENTE DO REGISTRO DO L&L  
VERTENTE DO REGISTRO  
55762-000

CLASSIFIED  
BY: 7551-72 WL  
Date: 03/16/2001  
Exemption: 25X(1)

7020233049 01/2020  
54/01/2020 04/02/2020  
47,02

US:479298	US:479298	US:479298
07-01-2010	07-01-2010	07-01-2010

Component	Quantity	Unit Price	Value (Rs)
Concrete Work (1000 sqm)	1000	1500	150000
Reinforcement Steel (1000 sqm)	1000	1000	100000
Formwork (1000 sqm)	1000	500	50000
Labour (1000 sqm)	1000	200	20000
Transportation (1000 sqm)	1000	100	10000
Profit (1000 sqm)	1000	100	10000
Total			240000

$$T(Y) = \{A, B, C, D, E\}$$

47 22

Nº DO VOLUMEN	SÍMBOLO FUNÇÃO	SUPERIOR DATA	INFERIOR LEITURA	ATUAL DATA	DE LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CORREÇÃO (MM)
000001	1-67	03-12-77	30-04-78	07-07-1978	22-262-000	37	0,0000		12,748

[illegible][illegible]

ITEM	Q1 2000		Q2 2000		Q3 2000		Q4 2000		Q1 2001		Q2 2001		Q3 2001		Q4 2001		Q1 2002		Q2 2002		Q3 2002		Q4 2002		Q1 2003		Q2 2003		Q3 2003		Q4 2003		Q1 2004		Q2 2004		Q3 2004		Q4 2004		Q1 2005		Q2 2005		Q3 2005		Q4 2005		Q1 2006		Q2 2006		Q3 2006		Q4 2006		Q1 2007		Q2 2007		Q3 2007		Q4 2007		Q1 2008		Q2 2008		Q3 2008		Q4 2008		Q1 2009		Q2 2009		Q3 2009		Q4 2009		Q1 2010		Q2 2010		Q3 2010		Q4 2010		Q1 2011		Q2 2011		Q3 2011		Q4 2011		Q1 2012		Q2 2012		Q3 2012		Q4 2012		Q1 2013		Q2 2013		Q3 2013		Q4 2013		Q1 2014		Q2 2014		Q3 2014		Q4 2014		Q1 2015		Q2 2015		Q3 2015		Q4 2015		Q1 2016		Q2 2016		Q3 2016		Q4 2016		Q1 2017		Q2 2017		Q3 2017		Q4 2017		Q1 2018		Q2 2018		Q3 2018		Q4 2018		Q1 2019		Q2 2019		Q3 2019		Q4 2019		Q1 2020		Q2 2020		Q3 2020		Q4 2020		Q1 2021		Q2 2021		Q3 2021		Q4 2021		Q1 2022		Q2 2022		Q3 2022		Q4 2022		Q1 2023		Q2 2023		Q3 2023		Q4 2023		Q1 2024		Q2 2024		Q3 2024		Q4 2024		Q1 2025		Q2 2025		Q3 2025		Q4 2025		Q1 2026		Q2 2026		Q3 2026		Q4 2026		Q1 2027		Q2 2027		Q3 2027		Q4 2027		Q1 2028		Q2 2028		Q3 2028		Q4 2028		Q1 2029		Q2 2029		Q3 2029		Q4 2029		Q1 2030		Q2 2030		Q3 2030		Q4 2030		Q1 2031		Q2 2031		Q3 2031		Q4 2031		Q1 2032		Q2 2032		Q3 2032		Q4 2032		Q1 2033		Q2 2033		Q3 2033		Q4 2033		Q1 2034		Q2 2034		Q3 2034		Q4 2034		Q1 2035		Q2 2035		Q3 2035		Q4 2035		Q1 2036		Q2 2036		Q3 2036		Q4 2036		Q1 2037		Q2 2037		Q3 2037		Q4 2037		Q1 2038		Q2 2038		Q3 2038		Q4 2038		Q1 2039		Q2 2039		Q3 2039		Q4 2039		Q1 2040		Q2 2040		Q3 2040		Q4 2040		Q1 2041		Q2 2041		Q3 2041		Q4 2041		Q1 2042		Q2 2042		Q3 2042		Q4 2042		Q1 2043		Q2 2043		Q3 2043		Q4 2043		Q1 2044		Q2 2044		Q3 2044		Q4 2044		Q1 2045		Q2 2045		Q3 2045		Q4 2045		Q1 2046		Q2 2046		Q3 2046		Q4 2046		Q1 2047		Q2 2047		Q3 2047		Q4 2047		Q1 2048		Q2 2048		Q3 2048		Q4 2048		Q1 2049		Q2 2049		Q3 2049		Q4 2049		Q1 2050		Q2 2050		Q3 2050		Q4 2050		Q1 2051		Q2 2051		Q3 2051		Q4 2051		Q1 2052		Q2 2052		Q3 2052		Q4 2052		Q1 2053		Q2 2053		Q3 2053		Q4 2053		Q1 2054		Q2 2054		Q3 2054		Q4 2054		Q1 2055		Q2 2055		Q3 2055		Q4 2055		Q1 2056		Q2 2056		Q3 2056		Q4 2056		Q1 2057		Q2 2057		Q3 2057		Q4 2057		Q1 2058		Q2 2058		Q3 2058		Q4 2058		Q1 2059		Q2 2059		Q3 2059		Q4 2059		Q1 2060		Q2 2060		Q3 2060		Q4 2060		Q1 2061		Q2 2061		Q3 2061		Q4 2061		Q1 2062		Q2 2062		Q3 2062		Q4 2062		Q1 2063		Q2 2063		Q3 2063		Q4 2063		Q1 2064		Q2 2064		Q3 2064		Q4 2064		Q1 2065		Q2 2065		Q3 2065		Q4 2065		Q1 2066		Q2 2066		Q3 2066		Q4 2066		Q1 2067		Q2 2067		Q3 2067		Q4 2067		Q1 2068		Q2 2068		Q3 2068		Q4 2068		Q1 2069		Q2 2069		Q3 2069		Q4 2069		Q1 2070		Q2 2070		Q3 2070		Q4 2070		Q1 2071		Q2 2071		Q3 2071		Q4 2071		Q1 2072		Q2 2072		Q3 2072		Q4 2072		Q1 2073		Q2 2073		Q3 2073		Q4 2073		Q1 2074		Q2 2074		Q3 2074		Q4 2074		Q1 2075		Q2 2075		Q3 2075		Q4 2075		Q1 2076		Q2 2076		Q3 2076		Q4 2076		Q1 2077		Q2 2077		Q3 2077		Q4 2077		Q1 2078		Q2 2078		Q3 2078		Q4 2078		Q1 2079		Q2 2079		Q3 2079		Q4 2079		Q1 2080		Q2 2080		Q3 2080		Q4 2080		Q1 2081		Q2 2081		Q3 2081		Q4 2081		Q1 2082		Q2 2082		Q3 2082		Q4 2082		Q1 2083		Q2 2083		Q3 2083		Q4 2083		Q1 2084		Q2 2084		Q3 2084		Q4 2084		Q1 2085		Q2 2085		Q3 2085		Q4 2085		Q1 2086		Q2 2086		Q3 2086		Q4 2086		Q1 2087		Q2 2087		Q3 2087		Q4 2087		Q1 2088		Q2 2088		Q3 2088		Q4 2088		Q1 2089		Q2 2089		Q3 2089		Q4 2089		Q1 2090		Q2 2090		Q3 2090		Q4 2090		Q1 2091		Q2 2091		Q3 2091		Q4 2091		Q1 2092		Q2 2092		Q3 2092		Q4 2092		Q1 2093		Q2 2093		Q3 2093		Q4 2093		Q1 2094		Q2 2094		Q3 2094		Q4 2094		Q1 2095		Q2 2095		Q3 2095		Q4 2095		Q1 2096		Q2 2096		Q3 2096		Q4 2096		Q1 2097		Q2 2097		Q3 2097		Q4 2097		Q1 2098		Q2 2098		Q3 2098		Q4 2098		Q1 2099		Q2 2099		Q3 2099		Q4 2099		Q1 2100		Q2 2100		Q3 2100		Q4 2100		Q1 2101		Q2 2101		Q3 2101		Q4 2101		Q1 2102		Q2 2102		Q3 2102		Q4 2102		Q1 2103		Q2 2103		Q3 2103		Q4 2103		Q1 2104		Q2 2104		Q3 2104		Q4 2104		Q1 2105		Q2 2105		Q3 2105		Q4 2105		Q1 2106		Q2 2106		Q3 2106		Q4 2106		Q1 2107		Q2 2107		Q3 2107		Q4 2107		Q1 2108		Q2 2108		Q3 2108		Q4 2108		Q1 2109		Q2 2109		Q3 2109		Q4 2109		Q1 2110		Q2 2110		Q3 2110		Q4 2110		Q1 2111		Q2 2111		Q3 2111		Q4 2111		Q1 2112		Q2 2112		Q3 2112		Q4 2112		Q1 2113		Q2 2113		Q3 2113		Q4 2113		Q1 2114		Q2 2114		Q3 2114		Q4 2114		Q1 2115		Q2 2115		Q3 2115		Q4 2115		Q1 2116		Q2 2116		Q3 2116		Q4 2116		Q1 2117		Q2 2117		Q3 2117		Q4 2117		Q1 2118		Q2 2118		Q3 2118		Q4 2118		Q1 2119		Q2 2119		Q3 2119		Q4 2119		Q1 2120		Q2 2120		Q3 2120		Q4 2120		Q1 2121		Q2 2121		Q3 2121		Q4 2121		Q1 2122		Q2 2122		Q3 2122		Q4 2122		Q1 2123		Q2 2123		Q3 2123		Q4 2123		Q1 2124		Q2 2124		Q3 2124		Q4 2124		Q1 2125		Q2 2125		Q3 2125		Q4 2125		Q1 2126		Q2 2126		Q3 2126		Q4 2126		Q1 2127		Q2 2127		Q3 2127		Q4 2127		Q1 2128		Q2 2128		Q3 2128		Q4 2128		Q1 2129		Q2 2129		Q3 2129		Q4 2129		Q1 2130		Q2 2130		Q3 2130		Q4 2130		Q1 2131		Q2 2131		Q3 2131		Q4 2131		Q1 2132		Q2 2132		Q3 2132		Q4 2132		Q1 2133		Q2 2133		Q3 2133		Q4 2133		Q1 2134		Q2 2134		Q3 2134		Q4 2134		Q1 2135		Q2 2135		Q3 2135		Q4 2135		Q1 2136		Q2 2136		Q3 2136		Q4 2136		Q1 2137		Q2 2137		Q3 2137		Q4 2137		Q1 2138		Q2 2138		Q3 2138		Q4 2138		Q1 2139		Q2 2139		Q3 2139		Q4 2139		Q1 2140		Q2 2140		Q3 2140		Q4 2140		Q1 2141		Q2 2141		Q3 2141		Q4 2141		Q1 2142		Q2 2142		Q3 2142		Q4 2142		Q1 2143		Q2 2143		Q3 2143		Q4 2143		Q1 2144		Q2 2144		Q3 2144		Q4 2144		Q1 2145		Q2 2145		Q3 2145		Q4 2145		Q1 2146		Q2 2146		Q3 2146		Q4 2146		Q1 2147		Q2 2147		Q3 2147		Q4 2147		Q1 2148		Q2 2148		Q3 2148		Q4 2148		Q1 2149		Q2 2149		Q3 2149		Q4 2149		Q1 2150		Q2 2150		Q3 2150		Q4 2150		Q1 2151		Q2 2151		Q3 2151		Q4 2151		Q1 2152		Q2 2152		Q3 2152		Q4 2152		Q1 2153		Q2 2153		Q3 2153		Q4 2153		Q1 2154		Q2 2154		Q3 2154		Q4 2154		Q1 2155		Q2 2155		Q3 2155		Q4 2155		Q1 2156		Q2 2156		Q3 2156		Q4 2156		Q1 2157		Q2 2157		Q3 2157		Q4 2157		Q1 2158		Q2 2158		Q3 2158		Q4 2158		Q1 2159		Q2 2159		Q3 2159		Q4 2159		Q1 2160		Q2 2160		Q3 2160		Q4 2160		Q1 2161		Q2 2161		Q3 2161		Q4 2161		Q1 2162		Q2 2162		Q3 2162		Q4 2162		Q1 2163		Q2 2163		Q3 2163		Q4 2163		Q1 2164		Q2 2164		Q3 2164		Q4 2164		Q1 2165		Q2 2165		Q3 2165		Q4 2165		Q1 2166		Q2 2166		Q3 2166		Q4 2166		Q1 2167		Q2 2167		Q3 2167		Q4 2167		Q1 2168		Q2 2168		Q3 2168		Q4 2168		Q1 2169		Q2 2169		Q3 2169		Q4 2169		Q1 2170		Q2 2170		Q3 2170		Q4 2170		Q1 2171		Q2 2171		Q3 2171		Q4 2171		Q1 2172		Q2 2172		Q3 2172		Q4 2172		Q1 2173		Q2 2173		Q3 2173		Q4 2173		Q1 2174		Q2 2174		Q3 2174		Q4 2174		Q1 2175		Q2 2175		Q3 2175		Q4 2175		Q1 2176		Q2 2176		Q3 2176		Q4 2176		Q1 2177		Q2 2177		Q3 2177		Q4 2177		Q1 2178		Q2 2178		Q3 2178		Q4 2178		Q1 2179		Q2 2179		Q3 2179		Q4 2179		Q1 2180		Q2 2180		Q3 2180		Q4 2180		Q1 2181		Q2 2181		Q3 2181		Q4 2181		Q1 2182		Q2 2182		Q3 2182		Q4 2182		Q1 2183		Q2 2183		Q3 2183		Q4 2183		Q1 2184		Q2 2184		Q3 2184		Q4 2184		Q1 2185		Q2 2185		Q3 2185		Q4 2185		Q1 2186		Q2 2186		Q3 2186		Q4 2186		Q1 2187		Q2 2187		Q3 2187		Q4 2187		Q1 2188		Q2 2188		Q3 2188		Q4 2188		Q1 2189		Q2 2189		Q3 2189		Q4 2189		Q1 2190		Q2 2190		Q3 2190		Q4 2190		Q1 2191		Q2 2191		Q3 2191		Q4 2191		Q1 2192		Q2 2192		Q3 2192		Q4 2192		Q1 2193		Q2 2193		Q3 2193		Q4 2193		Q1 2194		Q2 2194		Q3 2194		Q4 2194		Q1 2195		Q2 2195		Q3 2195		Q4 2195		Q1 2196		Q2 2196		Q3 2196		Q4 2196		Q1 2197		Q2 2197		Q3 2197		Q4 2197		Q1 2198		Q2 2198		Q3 2198		Q4 2198		Q1 2199		Q2 2199		Q3 2199		Q4 2199		Q1 2200		Q2 2200		Q3 2200		Q4 2200		Q1 2201		Q2 2201		Q3 2201		Q4 2201		Q1 2202		Q2 2202		Q3 2202		Q4 2202		Q1 2203		Q2 2203		Q3 2203		Q4 2203		Q1 2204		Q2 2204		Q3 2204		Q4 2204		Q1 2205		Q2 2205		Q3 2205		Q4 2205		Q1 220	
------	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	--------	--





## - DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Josué Maximiano da Silva**, nascido no 06/08/1967, filho da Sra. **Maria Josefa da Silva** e do Sr. **Vital Maximiano da Silva**. Residente no sítio Lério de Cima na zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 17/01/2020 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente.

Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 14/12/2019 pelo médico plantonista Dr. Carlos Antônio CRM - 26407.

Surubim, 17 de janeiro de 2020.

**UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA**  
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro  
Surubim - PE  
CNPJ: 08.937.139/0001-78

  
Ionara Soares de Andrade Silva  
SAME - MAT. 910463

Prefeitura Municipal de Surubim -  
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78  
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



RUBIM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
A ZENY DA GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

**ALETIM DE EMERGÊNCIA** Cor/Raça: **PARDA** Nº OCORRÊNCIA: **00103315**  
Antecedentes: **25480** CNS: **162308420260006** Idade: **52 Anos 4 Meses 8 Dias** Sexo: **MASCULINO**  
Nome: **JOSUÉ MAXIMIANO DA SILVA** Nascimento: **06/08/1967** Est.Civil: **CASADO**  
End.: **LERIO DE CIMA** Nº: **Bairro: ZONA RURAL** CEP: **55750000**  
End.: **SURUBIM** Nac.: **BRASILEIRA** Doc nº:  
Mãe: **MARIA JOSEFA DA SILVA** Pai: **VITAL MAXIMIANO DA SILVA**  
Profissão: **AGRICULTOR** Responsável: Tel.: **81 71163805**

**Últimas Ocorrências:**

Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
4/12/2019	19:25	103315	ACIDENTE HGT 163 Sob o 96%
5/06/2018	08:25	16851	TRIAGEM
4/05/2018	12:54	16768	TRIAGEM

RE-CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
	110 x 70	86			

**QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:**

**TRATAMENTO:**

Vitória de Colônia (unidade)  
Unidade com, escuridão  
de para e dor +  
edema no 1º dia do  
unidade ①. Gilegou 15.  
apio

① Obter o caso.  
② Solicitar RX de coluna ① APE  
Rafel.  
③ Solicitar RX de quadril e  
osteoartrose caso tenha sido.  
④ SF 0,9% 500 mil (1) (leito)  
⑤ Depressão da sup + 40 (1)

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

CID:

*Marcos Vinícius  
FIO CRIMINAL  
FIO E SIA*

**HAA-5837834**

**MOTIVO DA SAÍDA:**

ESICÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

**JUSTIFICATIVA:**

**ENCAMINHADO:**

**REMOVIDO:**

**ÓBITO:**

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

**DATA SAÍDA:**

**HORA SAÍDA:**

DATA: 14/12/2019 19:25:08

<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: <input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA <input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA <input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA <input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA		MÉDICO / ESPECIALISTA DA X: <i>[Assinatura]</i> HORÁRIO: <i>[Assinatura]</i>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: MARIA LUCINALDA PEREIRA DO NASCIMENTO







Prefeitura Municipal do Surubim  
Secretaria de Saúde do Surubim

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr. Gentil Augusto de Miranda

**LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE**

1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local

Hospital Local:		Município:	
Nome do Paciente: <u>Isuel Moximiano da Silva</u>		Data de Nascimento: <u>06/08/1967</u>	
Quadro Clínico: <u>Paciente 52 anos, vítima de Colisão Frontal</u> <u>Utilizar como referência dos exames e</u> <u>diferencialidade de 1º Tiro de vídeo ①.</u>			
HD: <u>Fusão 1º (verbo) vídeo ③.</u>			
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente		CRM:	DATA:
		DATA:	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão		COREN:	DATA:
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado)		
	<u>HRA. 5837 834</u>		
	Assinatura do (a) médico (a):		
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado)		
	Assinatura do (a) médico (a):		
Assinatura do Responsável			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		COREN:	
Assinatura do Motorista		Placa da Ambulância:	





HOSPITAL  
**JESUS PEQUENINO**

Dr. José Maximiano da Silva

Atestado médico

O paciente supracitado deve ser  
atendido a cada 24 horas por  
um período de 60 (sessenta) dias

CID 10: 562.2

20/12/19

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1588 / 1099





### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Josué Maximiniano da Silva**, Esteve Interno (a) nesta Unidade de Saúde No dia **15/12/2019 a 18/12/2019**. Registro : **350972**

OBS: Vítima de Acidente no Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 14 de Fevereiro 2020

109.784.975/0259-2

FUSAM - Hospital Regional do Agreste  
BR 232 - Km 130  
Indianópolis - CEP 55.624.000

setor de Arquivo (same)

Avenida José Rodrigues da Jesus - Br. 232 - Km 130 - S/N - Bairro Indianópolis, Caruaru - PE - CEP  
55.624.000

CNPJ: 10.572.042/0014-42 - Fone: 0xx81-3719.9345 / 3719.9400 (SAME)



TE ~~SECRET~~

IDENTIFICACION: 650972

Religions

ANS

450

ASTRO-RE

PROGRESS, PASSADOR, A 1440

## ACCOMPLISHMENTS

CHECKS OR TOPS OF ANCHORS TO LOGS:

# NEWSPAPER

2019-2020 Fiscal Year

→ 223-5516

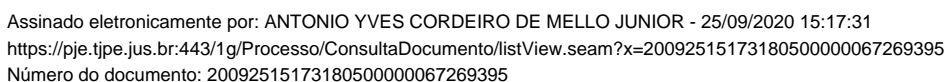
FILED OCT 25 1962

**Abstract**

1262



## Index





Ata da reunião de 25/09/2020

Nome do paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Data de nascimento: 25/09/1975  
Sexo: M  
Idade: 45  
Local: 102  
Sessão: 1008  
Assistente: LAME  
CAME

Exame realizado em 25/09/2020

GRATA INATIA E SÍNDROME DE SANGRAMENTO - FUNDOS ENFERMEIRA - CLASSIFICADO

PROBAC: SÍNDROME DE SANGRAMENTO  
Exame realizado em 25/09/2020

Local de Exame: CLÍNICA DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA - HOSPITAL DE CLÍNICA - UNICAMP  
Exame realizado em 25/09/2020

Exame realizado em 25/09/2020  
Exame realizado em 25/09/2020  
Exame realizado em 25/09/2020  
Exame realizado em 25/09/2020  
Exame realizado em 25/09/2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31

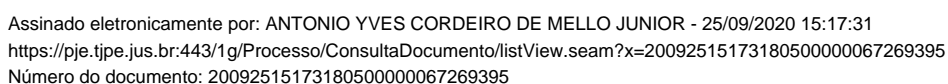
Para impressão: 25/09/2020 15:17:31

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31

Page: 1/2



**Abstract**







**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal de São João del-Rei  
Secretaria de Saúde de São João del-Rei

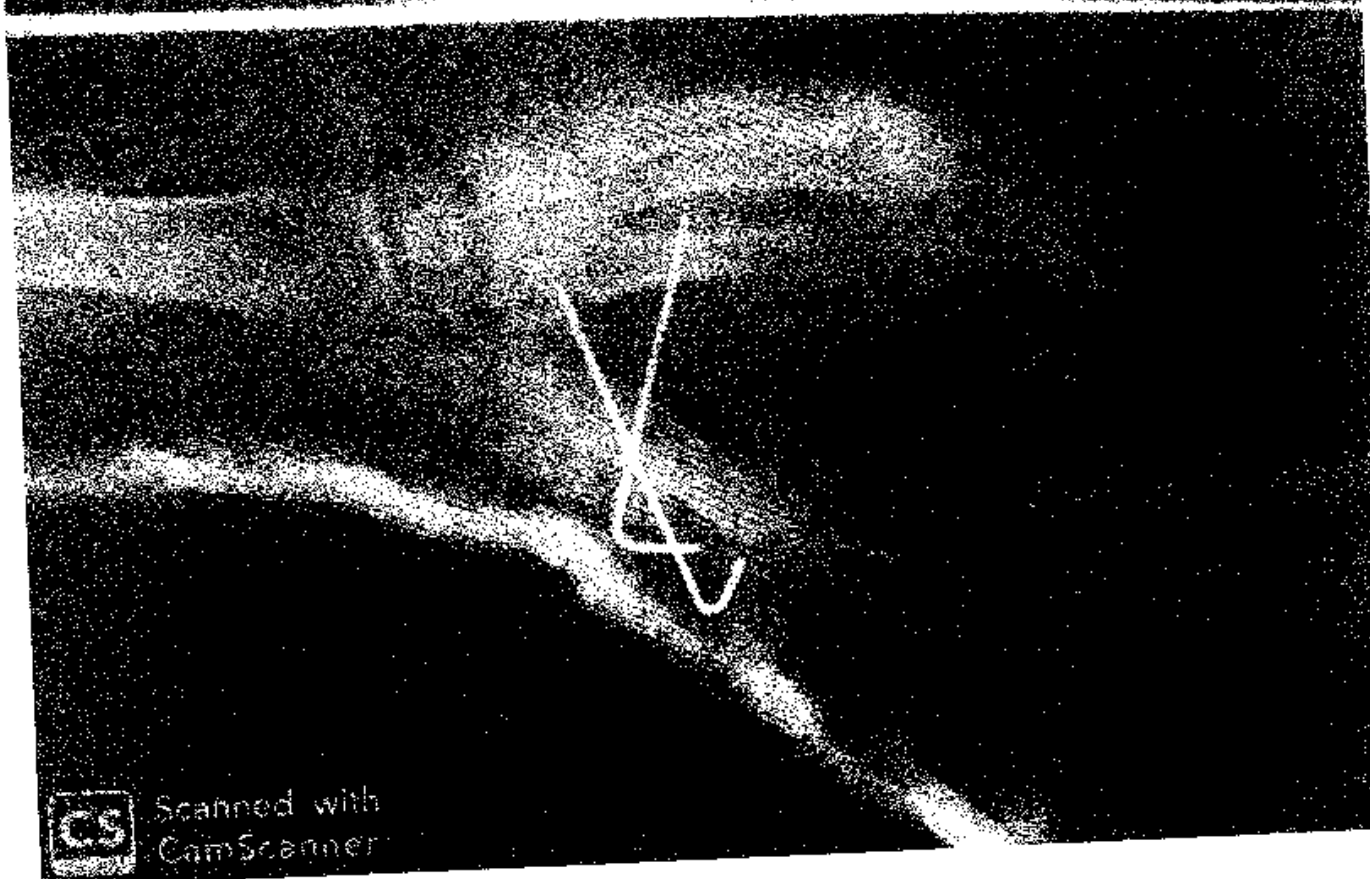
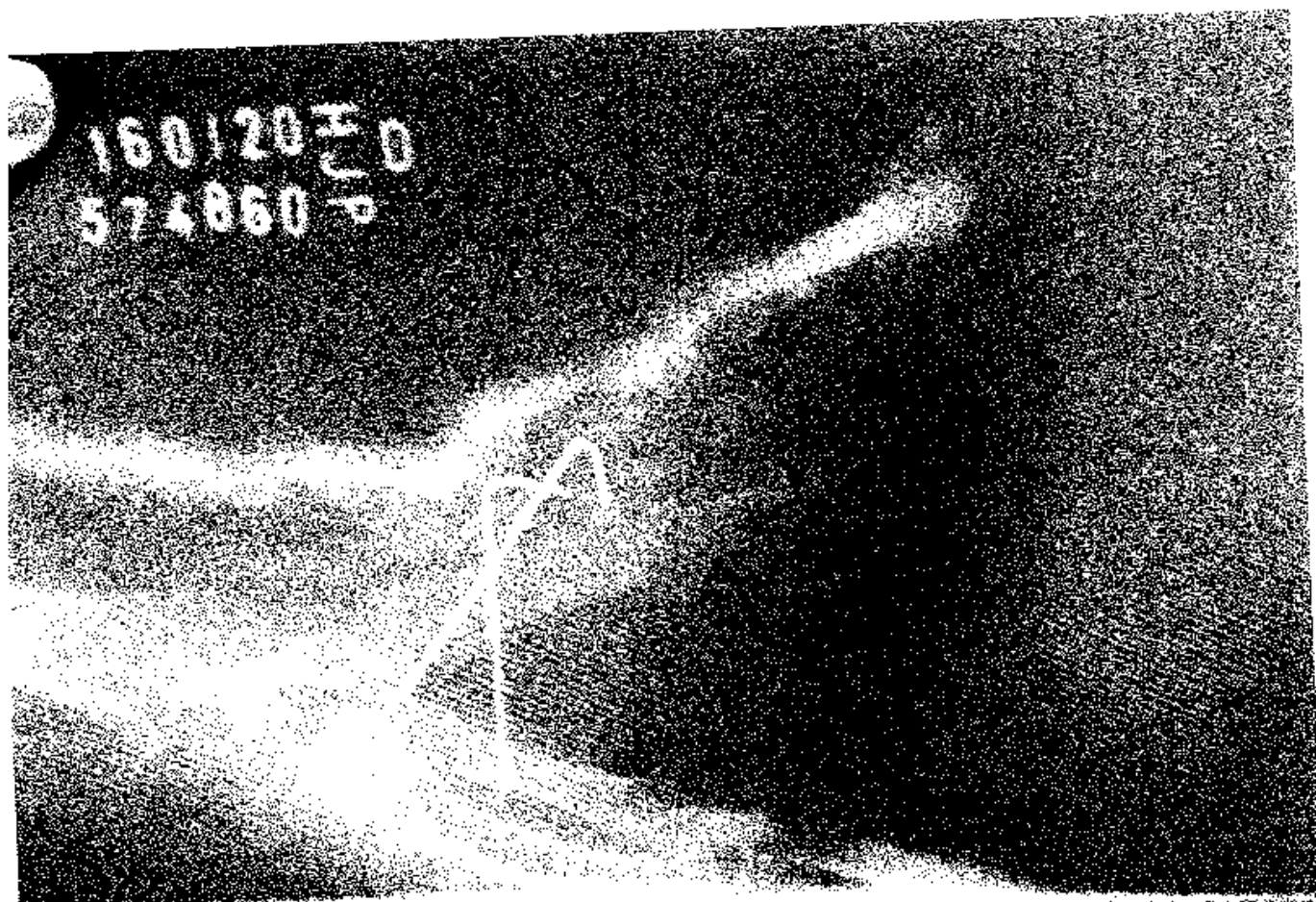
D<sup>o</sup> Gonthi Augusto de Miranda

**LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE**

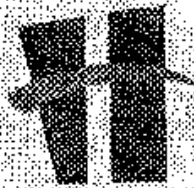
1<sup>o</sup> Via Hospital de destino/2<sup>o</sup> Via Hospital-local

Hospital Local		Município	
Nome do Paciente		Data de Nascimento	
Gênero		Idade	
História Clínica		Exame Físico	
Exames Complementares		Diagnóstico	
Assinatura do (a) Médico		Data	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) ou Técnico (a)		Data	
1 <sup>o</sup> HOSPITAL	1 <sup>o</sup> Hospital de destino	Município	Data
	Motivo (Registro de ocorrência)		
	Assinatura do (a) Médico (a)		
	Data		
2 <sup>o</sup> HOSPITAL	2 <sup>o</sup> Hospital de destino	Município	Data
	Motivo (Registro de ocorrência)		
	Assinatura do (a) Médico (a)		
	Data		
Assinatura do Responsável			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		Carimbo	
Assinatura do Paciente		Assinatura da Ambulância	









HOSPITAL  
JESUS PEQUENININO

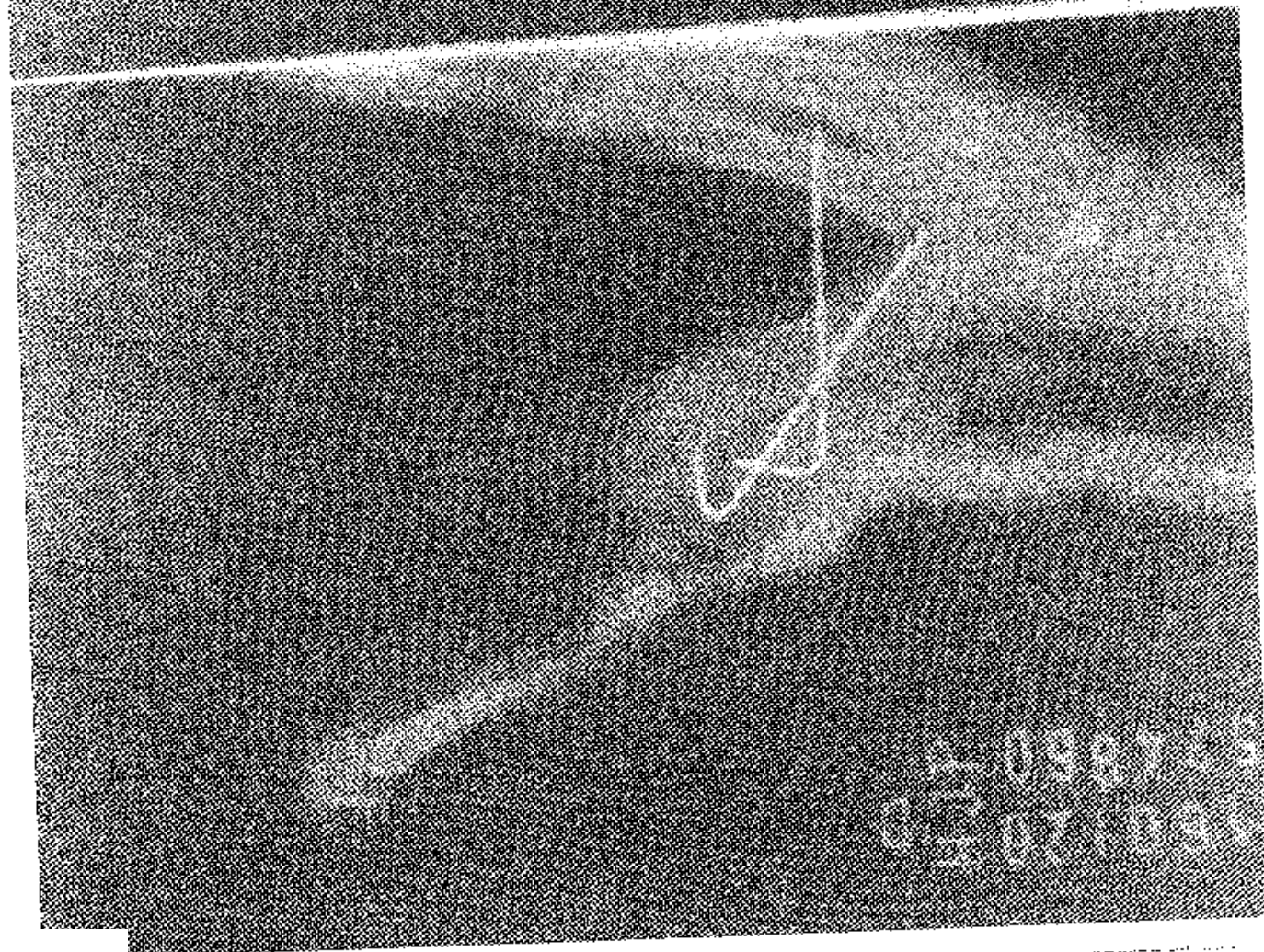
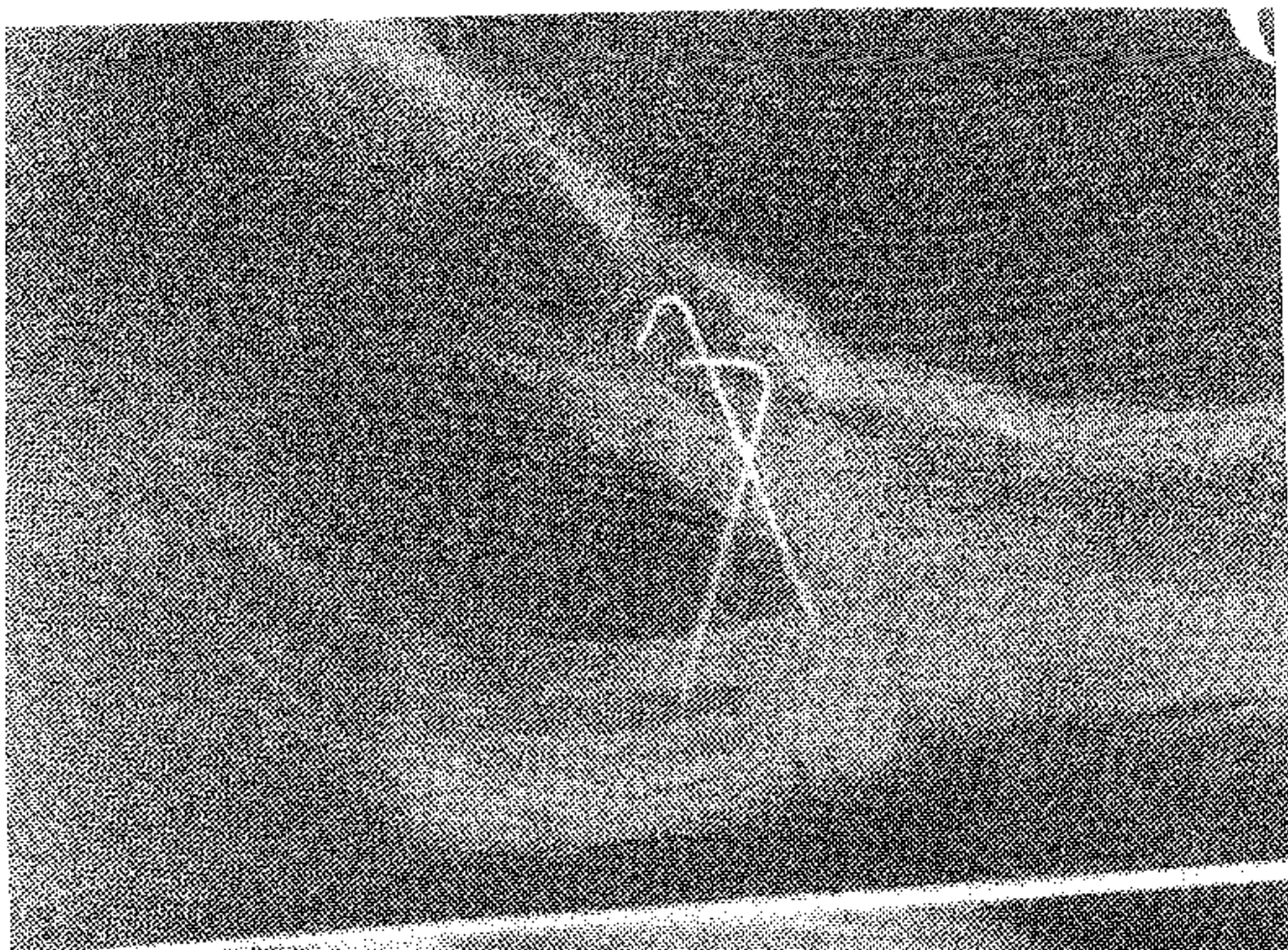
NOME José Maximiano de Jesus

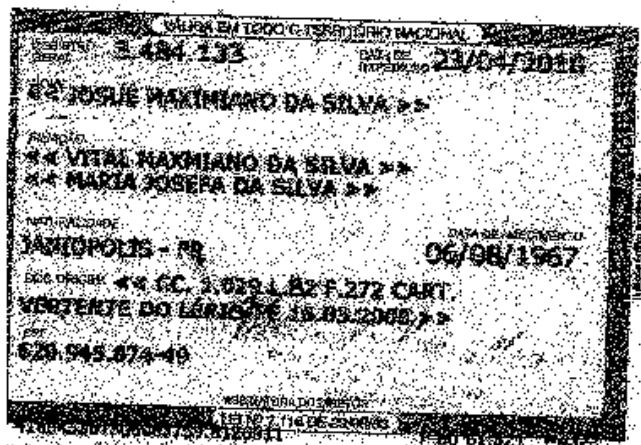
### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de fratura de 1º metacarpo do 1º dedo foi submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 10.01.19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

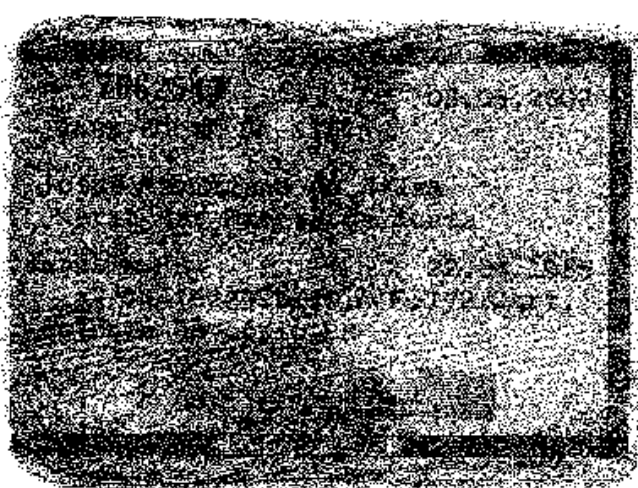
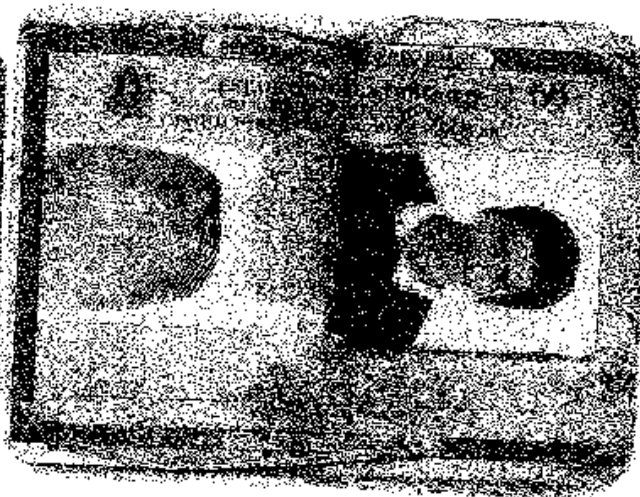
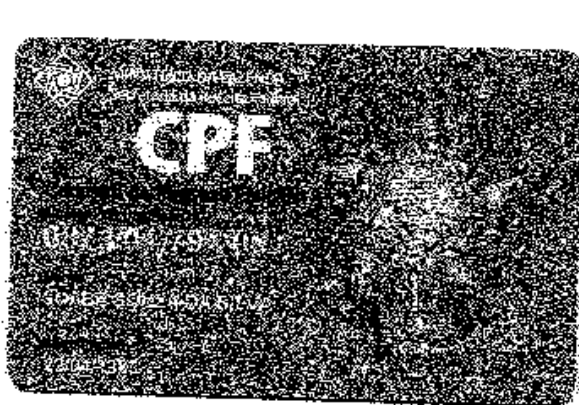
Bezerros, 16.01.20



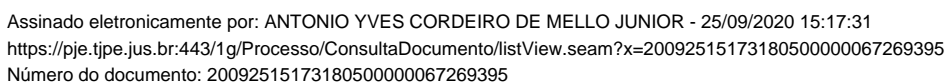








<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>			
DETMAN - RE		Nº 12.465.710-47-9	
<b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b>			
VIA	COD. RENAVAM	ENTR	EXERC
20.000.000	000	000	000
NOME DO PROPRIETÁRIO: <b>JOSE CARLOS DE SOUZA</b>			
ENDEREÇO: <b>RUA DO ADEJO, 123 - JARDIM PAZ - SÃO PAULO - SP</b>			
DATA DO REGISTRO: <b>25.08.1967</b>			
PLACA ANTIGA: <b>SP-270</b>			
MARCA/MODELO: <b>CADILLAC</b>			
COR/PAINT		COR/PAINT	
BRANCO	BRANCO	BRANCO	BRANCO
MARCA/MODELO		MARCA/MODELO	
CADILLAC	CADILLAC	CADILLAC	CADILLAC
COR/PAINT		COR/PAINT	
BRANCO	BRANCO	BRANCO	BRANCO
CONTINUA		CONTINUA	
1	2	3	4
PRIMEIRO NOME		PRIMEIRO NOME	
JOSE	JOSE	JOSE	JOSE
SEGUNDO NOME		SEGUNDO NOME	
CARLOS	CARLOS	CARLOS	CARLOS
TERCEIRO NOME		TERCEIRO NOME	
DE SOUZA	DE SOUZA	DE SOUZA	DE SOUZA
DATA DO REGISTRO		DATA DO REGISTRO	
25.08.1967	25.08.1967	25.08.1967	25.08.1967
LOCAL DO REGISTRO		LOCAL DO REGISTRO	
SÃO PAULO	SÃO PAULO	SÃO PAULO	SÃO PAULO
VALOR DO REGISTRO		VALOR DO REGISTRO	
20.000.000	20.000.000	20.000.000	20.000.000
DATA DO LICENCIAMENTO		DATA DO LICENCIAMENTO	
25.08.1967	25.08.1967	25.08.1967	25.08.1967
LOCAL DO LICENCIAMENTO		LOCAL DO LICENCIAMENTO	
SÃO PAULO	SÃO PAULO	SÃO PAULO	SÃO PAULO
VALOR DO LICENCIAMENTO		VALOR DO LICENCIAMENTO	
20.000.000	20.000.000	20.000.000	20.000.000

[illegible]

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200128394 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSUE MAXIMIANO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 1º METACARPO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 8/9/10\_CIRURGIA

**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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
<b>Total</b>			<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101332/20

**Vítima:** JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

**CPF:** 628.945.874-49

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 14/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### JOSUE MAXIMIANO DA SILVA : 628.945.874-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/03/2020  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



30/03/2020

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1428086222

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS 111 BOA VISTA  
RECIFE-PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

<b>DADOS DO CLIENTE!</b> <b>ROSEANE MARIA DA SILVA-PX DA VENDA DE CICO</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>30/03/2020</b>  <b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 54,52</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 23/03/2020 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 23/03/2020 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 101735834	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>4008622995</b>  <b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Monofásico B1
<b>ENDEREÇO</b> PX DA VENDA DE CICO -SI LERIO 13 - SURUBIM/GANCHO DO GALO -55750- 000 SURUBIM PE -			

<b>PERÍODO CONSUMO</b> 20/02/2020 a 23/03/2020	<b>CONSUMO</b> 0
---	---------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>	<b>VIA PARA PAGAMENTO</b>
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

<b>CONTA CONTRATO</b> 4008622995	<b>MÊS/ANO</b> 03/2020	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 54,52	<b>VENCIMENTO</b> 30/03/2020	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838900000005 545200110049 008622995109 145274384430				<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>



mento.celpe.com.br/NDP\_DCSRUCES\_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?dest=1&amp;cdd... 1/1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:17:31  
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515173180500000067269395>  
Número do documento: 20092515173180500000067269395

Num. 68589578 - Pág. 31



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101332/20

Número do Sinistro: 3200128394

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

CPF: 628.945.874-49

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 14/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/04/2020  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101332/20

Número do Sinistro: 3200128394

Vítima: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

CPF: 628.945.874-49

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 14/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSUE MAXIMIANO DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentos de identificação

Outros

**JOSUE MAXIMIANO DA SILVA : 628.945.874-49**

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

