



Número: **0060832-64.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70656259	06/11/2020 16:40	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 06 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190304830

Vítima: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Data do Acidente: 21/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

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 14270893





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190304830

Vítima: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Data do Acidente: 21/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01795/01796 - carta_02 - INVALIDEZ

00060888



Carta nº 14271985





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190304830

Vítima: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Data do Acidente: 21/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **00000836-2**

Conta: **0000011973-3**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190304830

Cidade: Moreno

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Data do acidente: 21/05/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento em cotovelo esquerdo, tornozelo esquerdo, mão esquerda

Descrição do exame físico: Vítima com cicatriz em cotovelo esquerdo, com dificuldade na mobilidade por conta de quadro algico. Tem dor e edema em tornozelo esquerdo, com cicatriz cirúrgica local, realiza flexão plantar a 40 graus, dorsal a 15 graus, sem déficit de marcha. Apresenta hipotrofia de ambas as mãos, com cicatriz em dorso da mão direita, tem dificuldade no movimento de preensão bilateral.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com sutura do ferimento em cotovelo e tornozelo esquerdo, evoluindo sem complicações. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 6 meses

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em tornozelo esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190304830

Nome do(a) Examinado(a): AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA DOS MUSICOS, 31 - MORENO/PE -
CEP 54800-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 4147903 - sds pe - 17/08/2018

Data e Local do Acidente : 21/05/2017 - Moreno/PE

Data e Local do Exame : 09/05/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

ferimento em cotovelo esquerdo, tornozelo esquerdo, mão esquerda

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

Tratado cirurgicamente com sutura do ferimento em cotovelo e tornozelo
esquerdo, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 6 meses

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

vítima com cicatriz em cotovelo esquerdo, com dificuldade na mobilidade por
conta de quadro algico. Tem dor e edema em tornozelo esquerdo, com cicatriz
cirúrgica local, realiza flexão plantar a 40 graus, dorsal a 15 graus, sem déficit
de marcha. Apresenta hipotrofia de ambas as mãos, com cicatriz em dorso da
mão direita, tem dificuldade no movimento de preensão bilateral.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

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

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**



limitação de grau leve de tornozelo esquerdo, com edema e bloqueio articular

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

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

Região Corporal

tornozelo esquerdo

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

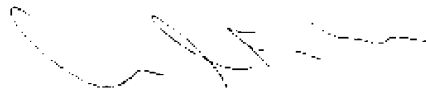
Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

vítima idosa, com quadro algíco em cotovelo, sem aparente sequela do ferimento. Não ha relato de fratura em mãos, apenas ferimento em mão esquerda, onde não foi evidenciado qualquer processo cicatricial. Não há elementos documentais para determinar sequela em mãos relacionada ao trauma.





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE





Nº DO SINIS



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Indenização no banco
EU, AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
PORTADOR(A) DO RG Nº 4147903 EXPEDIDO POR SSP DE EM 20/05/1989
CPF 78420905405 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 037 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0836 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11973-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

moreno, 14 de Dezembro de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:40:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616395997000000069279022>
 Número do documento: 20110616395997000000069279022

14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM

14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM

14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM

14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM

14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM

14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM

14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM

14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM

14-11-2017 10:14:00 AM
14-11-2017 10:14:00 AM

14-11-2017 10:14:00 AM

14-11-2017 10:14:00 AM





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Identificação do segurado

Nome completo da vítima

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

Nome completo

Profissão

Estado

Cidade

Endereço

Rua dos Musicos

Cidade

Moreno

CPF 784.217.054-35

Número

33

Complemento

16

CEP

54800-000

UF

PE

DADOS CADASTRAIS

Declaro, sob as penas da lei, que a vítima do acidente não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor (ANEXAR CÓPIA):

RENDA MENSAL

☒ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

☐ R\$ 4.000,00 A R\$ 5.000,00

☐ R\$ 3.000,00 A R\$ 4.000,00

☐ ATÉ R\$ 2.000,00

☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00

☐ R\$ 500,00 A R\$ 1.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 500,00

☐ R\$ 250,00 A R\$ 500,00

☐ R\$ 125,00 A R\$ 250,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 125,00

☐ R\$ 62,50 A R\$ 125,00

☐ R\$ 31,25 A R\$ 62,50

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 31,25

☐ R\$ 15,62 A R\$ 31,25

☐ R\$ 7,81 A R\$ 15,62

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 7,81

☐ R\$ 3,90 A R\$ 7,81

☐ R\$ 1,95 A R\$ 3,90

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 1,95

☐ R\$ 0,97 A R\$ 1,95

☐ R\$ 0,48 A R\$ 0,97

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,48

☐ R\$ 0,24 A R\$ 0,48

☐ R\$ 0,12 A R\$ 0,24

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,12

☐ R\$ 0,06 A R\$ 0,12

☐ R\$ 0,03 A R\$ 0,06

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,03

☐ R\$ 0,01 A R\$ 0,03

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,01

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

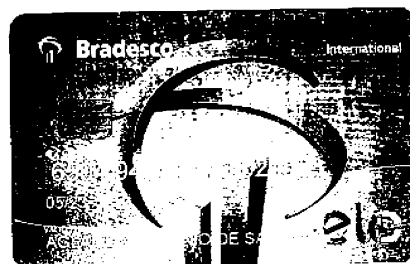
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

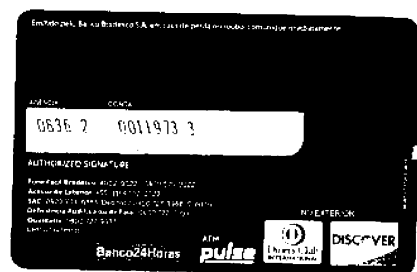
☐ ATÉ R\$ 0,00

☐ R\$ 0,00 A R\$ 0,00

☐ R\$ 0

03 MAR 2019





20110616395997000000069279022



Boletim de ocorrência



1/IN



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO -
DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0111000842**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/05/2017** às
12:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 21/5/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE MORENO, 1, BR. 232, ENFRENTA AO
ANTIGO POSTO DA POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL - Bairro: CENTRO -
MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência) , que estava
em posse do(a) Sr(a): AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

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

AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DORALICE
ANACIO DE SANTANA Pai: ANTONIO FRANCISCO DE SANTANA Data de Nascimento: 28/6/1967
Naturalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4147903/SSP/PE
(RG), 78421705416 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão:
SERVENTE DE PEDREIRO Telefones Celulares:
- 989440478

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MORENO, 36, RUA MARIA HELENA - GALINHA D'ÁGUA - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL, MAGO DO CALALO

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

19-02-2017 17:59 304559 1/1



BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS) de propriedade do(a) Sr(a): AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA, que estava em posse do(a) Sr(a): AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
Categoria/Marca/Modelo: BICICLETA/MONARK/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a)

1 de 2

31/07/17, 09:40

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

<http://260.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn...>

Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA, QUE AO SE DESLOCAR EM UMA BICICLETA, DO BARREO DE SANANCA PARA CIDADE DO MORENO, PELA RODOVIA - BR 232, AO APROXIMASSE NO ANTIGO POSTO DA POLICIA RODOVIARIA FEDERAL, FOI ATROPELADO POR UM VEICULO NAO IDENTIFICADO, APOS O ACIDENTE, SEGUNDO A VITIMA, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO O SAMU, PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, O MESMO PEDE AS DEVIDAS PROVIDENCIAS

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

AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
(VITIMA)

B.O. registrado por: BEROALDO ROSA DE MOURA - Matrícula: 319750-6

SEBASTIAO LIDER OPER AC

19-07-2017 17:59 304560 1/1





<http://lata.2000.238.83.36-pernambuco/Visualizac3o%20do%20Un>

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

BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS) de propriedade do(a) Sr(a) **AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/MONARK/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a)

1 de 2

31/07/17, 09:40

Secretaria de Defesa Social - INFOFOL

<http://200.238.83.56/pernambuco/VisualizaBO.do?idIn>

Sr(a) **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

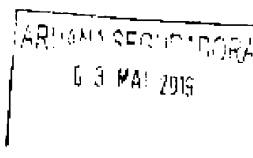
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA, QUE AO SE DESLOCAR EM UMA BICICLETA, DO BARREO DE BANANÇA PARA CIDADE DO MORENO, PELA RODOVIA - BR 232, AO APROXIMASSE NO ANTIGO POSTO DA POLICIA RODOVIARIA FEDERAL, FOI ATROPELADO POR UM VEICULO NAO IDENTIFICADO. APÓS O ACIDENTE, SEGUNDO A VITIMA, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO O SAMU, PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, O MESMO PEDE AS DEVIDAS PROVIDENCIAS

A(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **BERNALDO ROSA DE MOURA** - Matrícula: **319750-6**





MORTE

**Journal of Management Education* 24(1): 12-17, 2000.

76. 54800000

passar uma das seguintes

□ ¹² Para o caso de α regular, é suficiente considerar α com $\alpha(0) = 0$ e $\alpha(1) = 1$.

[illegible]

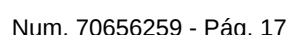
501 ☐ N/A

(4) *Assessment of the impact of the data on the model*

Arnold & Mowbray Limited
By Order

* A pessoa beneficiária do plano de saúde deve ser o cônjuge ou companheiro(a) da pessoa inscrita no plano de saúde para poder fazer uso das presenças facultativas. Assim, é obrigatório que a pessoa inscrita no plano de saúde seja casada com o beneficiário e esteja inscrita no plano de saúde em nome dele(a). É necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência ao formulário.

NECESSARIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS





PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
(SAMU)



Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. AGLAILDO ANTÔNIO DE SANTANA, 60 anos, portador do CPF nº 784.217.054-15, foi atendido pelo SAMU MORENO, no dia 21/05/2017, às 17h12min, acionada através do número 192 da regulação médica do SAMU metropolitano Recife, ocorrência Nº S-334794. O mesmo foi vítima de ATROPELAMENTO CARRO X BICICLETA em via pública, sendo ele o condutor da BICICLETA. Segundo registro da equipe que realizou o atendimento, a vítima encontrava-se CONSCIENTE E ORIENTADO, COM MIALGIA EM MMSS E MMII + LICERAÇÕES EM MSD E MID + TCE, NEGANDO VÔMITO E DESMAIO. O mesmo foi removido para o HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, onde ficou aos cuidados da equipe médica.

Sem mais para o momento.

Dr. Fagner Aleixo Salvador

Médico
CRM 17188

FAGNER ALEIXO SALVADOR
Coordenador SAMU/MORENO-PE

Rua Prefeito Antônio de Lemos, 1947 – Nossa Senhora de Fátima – Moreno/PE – CEP: 54800-000



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:40:00
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616395997000000069279022>
Número do documento: 20110616395997000000069279022

Num. 70656259 - Pág. 18



PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
(SAMU)

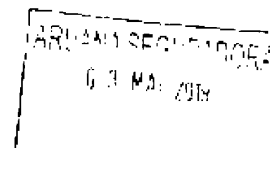


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. **AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA**, 61 anos, portador do CPF nº 784.217.054-15 foi atendido pelo SAMU MORENO, no dia 21/05/2017, às 17h12min, acionado através do número 192 da regulação médica do SAMU metropolitano Recife, ocorrência Nº S.334794. O mesmo foi vítima de ATROPELAMENTO em via pública. Segundo registro da equipe que realizou o atendimento, a vítima encontrava-se **COM MIALGIA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES MAIS LACERAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO E TCE. NEGA VÔMITOS, DIABETES, HIPERTENSÃO E CARDIOPATIA.** O mesmo foi removido para o **HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS**, onde ficou aos cuidados da equipe médica.

Sem mais para o momento.

OSMIR ALVES DE OLIVEIRA
Coordenador SAMU/MORENO-PE



Rua Prefeito Antônio de Lemos, 1947 – Nossa Sra. de Fátima – Moreno/PE – CEP: 54800-000



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: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00836-2

CONTA: 000000011973-3

Nr. Autenticação

BRADESCO150520190500000000002370083600000001197384375 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, AGLAILDO ANTÔNIO DE SANTANA

RG nº 4147903 data de expedição 20/05/89 Órgão _____

CPF nº 784.217.054-15 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>MARIA HELENA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>GALINHA D'ÁGUA</u>
Cidade	<u>MORENO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54800-000</u>
Telefone de Contato	<u>9-8466-4860</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 25/10/17

Assinatura do Declarante: _____

Antonio Maria do Socorro Sousa RG: 4885.921

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS - MORENO/PE

Praça da Bandeira, 23 - Centro - Moreno/PE - Fone/Fax: (0) 311 3535-1930 | Marcos José Freire Lopes - Titular

Reconheço a firma por Semelhança de MARIA DO SOCORRO DE SOUSA
Moreno-PE, 25/10/2017 10:57:26 Emol 3,33 - TSNR 0,78 - FERC 0,39 ISS
0,16 Selo 0077172.HEB09201701.04950 Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital. CLAUDIA CRISTINY MONTENEGRO MENDES
FERREIRA 2ª Substituta

CONSULTE AUTENTICIDADE EM WWW.TJPE.JUS POSTERIORMENTE

889800413





Terço Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.438, de 24/04/03
ROTA FISCAL: 7016279648 - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-400
CNPJ 10.633.832/0001-05 | Insc. Est. 0005943-49 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MÁRIA DE FÁTIMA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
ALIA MARIA HELENA 35

CPF 821.703.724-72 INSC 20110185001

GALINHA DIAGRAM MORENO
MORENO PE
54600-000

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
BARRA FENIX COMENS
Monofase

CONTA CONTRATADA	PERÍODO
7016279648	01/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
17/01/2018	07/02/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	7,30

INSCRIÇÃO FISCAL	CEP	ENDEREÇO
001030118	54600-000	1001/2018
INSCRIÇÃO FISCAL	CEP	ENDEREÇO
1001/2018	200124599	5805991

Consumo Aprox 30 kWh
Atividade Econômica VERDELLA
Contribuição Renda Mensal
Multa por atraso R\$ 0,0038235 - 12/12/17
Contribuição DMC 11/17

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
20,0000000	0,1719303	3,44
		0,20
		0,19
		0,11
		0,07

Comprovante de residência

TOTAL DA FATURA

TIPO DA FATURA	TIPO DA FATURA	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSIDERADO (R\$)
1001/2018	1001/2018	1001/2018	1001/2018	1001/2018	1001/2018	1001/2018	1001/2018

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
1001/2018	3,44	1001/2018	3,44
1001/2018	0,20	1001/2018	0,20
1001/2018	0,19	1001/2018	0,19
1001/2018	0,11	1001/2018	0,11
1001/2018	0,07	1001/2018	0,07

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco (CELPE) é uma empresa pública de capital 100% do Estado de Pernambuco. A CELPE é responsável pela distribuição de energia elétrica no Estado de Pernambuco e pela prestação de serviços de energia elétrica aos consumidores. A CELPE é uma empresa pública de capital 100% do Estado de Pernambuco. A CELPE é responsável pela distribuição de energia elétrica no Estado de Pernambuco e pela prestação de serviços de energia elétrica aos consumidores.

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
1001/2018	3,44	1001/2018	3,44
1001/2018	0,20	1001/2018	0,20
1001/2018	0,19	1001/2018	0,19
1001/2018	0,11	1001/2018	0,11
1001/2018	0,07	1001/2018	0,07

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
1001/2018	3,44	1001/2018	3,44
1001/2018	0,20	1001/2018	0,20
1001/2018	0,19	1001/2018	0,19
1001/2018	0,11	1001/2018	0,11
1001/2018	0,07	1001/2018	0,07



2a VIA

celpe

WWW.LEITE.COM.BR

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 2003/2002
COMERCIAL 116 / PRONTÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala 3800 281 4147
 Ouvidoria 0800 262 5599
 Cia de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 ou ARPE: 3800-727-6167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 070-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO		DATA FISSADA NA NOTA FISCAL		CONTÁ CONTRATO	
ANJELIA SILVA DE SANTANA		17/01/2019		12/01/2019		007002504221	
CPF: 101.903.014-10 RUA: 150549979		TOTAL A PAGAR (R\$)		DATA DA APRESENTAÇÃO		Nº DO CLIENTE	
		32,45		12/01/2019		013456445	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA				NÚMERO DA NOTA FISCAL		Nº DA INSTALAÇÃO	
RUA: 150549979				045996868		000540171	
PLANO DE MENSUAL		CLASSIFICAÇÃO		B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS			
				Monofásico			
PLANO DE MENSUAL		RESERVADO AO FISCO		8FF6 A0B3.E0B3.E92F.6D1A 2311.99F2.E36C			
SABUJO MONTENOPOLI							
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/007) e tarifas, produtos, serviços prestados e tributos, ao contratar a distribuição, são transmitidos em arquivos eletrônicos de planejamento e são de acesso público.							

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

[illegible][illegible]

INFORMAL OUTREACH

[illegible]

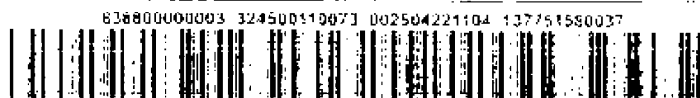
NIVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL, σ_1	LIMITE DE VARIAÇÃO, σ_2	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	203	237

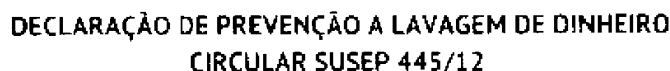
ADOTAR TENSÃO MECÂNICA

AUTENTICAL MECANICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este cartão será usado em leitora ótica.

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED





INFORMAÇÕES IMPORTANTES

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 Resolução Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

1. *Case 1:* In the article of the first author, it was stated that $\mathcal{A}^{\text{cyc}}(X)$ is a direct product of a certain number of copies of the Tate module of the cyclotomic character of X and a certain number of copies of the Tate module of the cyclotomic character of X (see [1, §2.1]).

Pelo exposto, eu IV - 100 Formação DE BANCALISTA inscrita no CPF sob o N.º 289.212.288-15, na qualidade de Pro. unid. do Intermediário do Beneficiário ACCA-200-407000-20 inscrita no CPF sob o N.º 289.212.288-15 do Instituto de DPVAT cobertura 10.000.000 da Vítima ACCA-200-407000-20 inscrita no CPF sob o N.º 289.212.288-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Zentrale Professoren

Reads

e apresento os documentos comprobatórios.

References

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

É suficiente de que a falsidade era presente para que a imputação na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal

Entrepreneur	VE JANE FELIX BARRON	Address	13, Esplanade
Spouse	WILLIAM JAMES BARRON	Telephone	5162 300
Other		Telephone (at home)	(01) 5082 0148
Business description			

✓ Tomlin de Ferreira de 2017

For a - 1000 *Examiner's Report* *Examiner's Report*

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, 26



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:40:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616395997000000069279022>
 Número do documento: 20110616395997000000069279022

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____
Clínica: _____ Procedência: _____

Documentação médico - hospitalar

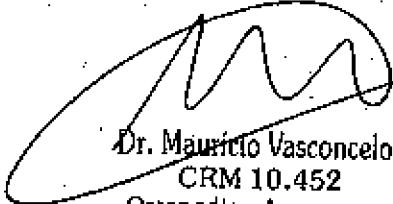


Flancox 400mg 1Cx
Tomar um comp. 12/12 horas via oral

CEFALEXINA 20 Comp.
Tomar 01 comp. 06/06 horas

SES/PROGEM LITER ORIENT AC

19-02-2017 17:59 304562 1/1


Dr. Maurício Vasconcelos
CRM 10.452
Ortopedia - Acupuntura

Data: ____/____/____

Médico-CRM

075-HOF







SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Aglaudo Antônio de Santana SETOR: C. Sul

IDADE: 60s TELEFONE: 993323225 CEL: 9987529898

RESPONSÁVEL: Andressa Silva de Santana (filha)

ENDEREÇO: 55 Travessa Rua dos Músicos nº 31

PONTO DE REFERÊNCIA: Assimbléia de Deus - Olaveus - Moxeno.

N. ORMES: Admiral dip 22/05/17 com

Historia de accidente automovilístico (atropellamiento).

- Salto, Jesusinho com um amigo. Faz bislate, no momento está sem condutores de trapalhar por motivos de saúde.

— Oquentes fobias hospitalares e libras
acompanhadas.

3-2-2

and soon

Repto por Miguel Aguilar de Linares
Ondres Cueto e natura hospitalar

Lucia H. [unclear]
- Assistant [unclear]
CRSS 3102 - 4 Regida

24105047

043-HOF

ASSISTENTE SOCIAL/DATA





CDC/ELISA

CMS:706803271376022

Atendimento: 64718 :

Paciente: 1031662 AGLAILDO ANTONIO DE SANTA R

Clinica: CORREDOR SUL

Leito : COR-47-1

Nasc.: 21/05/1957 Idade: 60 Anos 0 Mês Sexo: MASCULINO

Mãe DORALICE INACIA DOS SANTOS

№: 31

End.: 5/A TRAVESSA RUA DOS MILHENS

Ba rro: CENTRO

Cidade: MORENO

Telephone: 558187529898

Data At: 22/05/2017 10:14

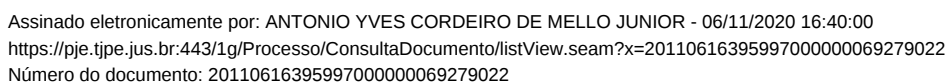
INTRO:

NOME :

CLÍNICA:

ENF.

LEITO:

003-HGOF

Formulário



SES FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nome do Paciente:

Adriana Lacerda

Registro:

Enfermarias:

Leito:

301-01

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário
1) Banda elástica para o braço direito / 22/05/17							
2) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
3) Dexametasona 0,5, 1x1	24/06	12/10/2016					
4) Dexametasona 0,5, 1x1	24/06	12/10/2016					
5) Tramadol 100mg + 50mg	24/06	12/10/2016					
6) Paracetamol 1000mg, 1x1	24/06	12/10/2016					
7) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
8) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
9) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
10) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
11) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
12) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
13) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
14) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
15) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
16) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
17) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
18) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
19) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					
20) Sulfato de Cálcio 1g, 1x1	24/06	12/10/2016					

HCOF-430

Dr. Sérgio R. Rocha
Ortopedia Traumatologia
CRM 11531

Dr. Maurício Vasconcelos
CRM 109521
Ortopedia Acupuntura

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:40:00
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616395997000000069279022>
 Número do documento: 20110616395997000000069279022

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Antonio Alves de Mello Junior</u>		Nº DO REGISTRO: <u>034662</u>
CLÍNICO: <u>Dr. OPT 210</u>		Nº DO LEITO: _____
OPERADOR: <u>Dr. George V. Rocha</u>		
1º ASSISTENTE: _____	2º ASSISTENTE: _____	
INSTRUMENTADOR: _____	ANESTESISTA: <u>Dr. P. M. L.</u>	
ANESTESIA: <u>Proprioaloxil</u>	DURAÇÃO: _____	
DATA DA OPERAÇÃO: <u>23/05/17</u>	INÍCIO: _____	FIM: _____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura de fêmur distal</u>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERAÇÃO: <u>O.K.</u>		
OPERAÇÃO PROPOSTA: <u>TFO com placa e parafusos</u>		
OPERAÇÃO REALIZADA: <u>A mesma</u>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Dor, edema, hematoma.

2. Exame físico: fratura de fêmur distal.

3. Radiografia: fratura de fêmur distal.

4. Anestesia: Proprioaloxil.

5. Incisão: 10 cm.

6. Redução: com tração manual.

7. Fixação: com placa e parafusos.

8. Lavagem: com solução fisiológica.

9. Curativo: com gaze e atadura.

10. Observações: paciente em bom estado.

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15096 TESTE 11537

104-HCOF





SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
 PÓS-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM - PREENCHIMENTO PELO ENFERMEIRO DA UNIDADE DE SRPA/UTI/SETOR
 PREENCHER TODOS OS CAMPOS OBRIGATORIAMENTE
 RESOLUÇÃO COFEN-272/2002 - Revogada pela Resolução COFEN nº 356/2009



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: Acácio Antonio de Santana RG: 1031666

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO

ATENDIMENTO: 647934

HORÁRIO DE ADMISSÃO NA SRPA: 16:35h

ENFERMEIRA: S.R.

LEITO: 08

EQUIPAMENTOS

☒ OXÍMETRO DE PULSO ☐ ASPIRADOR ☐ PNI ☐ O₂ ☒ MONITOR CARDÍACO ☐ CAPNÓGRAFO

AVALIAÇÃO: O paciente deverá ser avaliado a cada 15 minutos na primeira hora pós op.

	CHEGADA	15 min.	30 min.	45 min.	60 min.	1h 30min.	2h
Hora	16:35	16:50	17:10	17:25	17:40	17:55	18:10
Temperatura	36	36	36	36	36	36	36
Pulso	77	78	79	78	79	79	85
Respiração	20	21	23	22	23	20	25
Sat O ₂	95	95%	97%	98%	97%	97%	98%
P (mmHg)	16 / 112	162 / 113	163 / 11	155 / 73	155 /	162 / 73	149 / 74

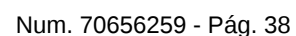
AValiação e diagnóstico de enfermagem do paciente na admissão e alta

Parâmetros a serem avaliados	Admissão	Observação	Alta	Observações
Comportamento				
Calm (C) Agitado (A)	C			
Agressivo (AR) ou Apático (AP)				
Sistema Respiratório				
Via aérea pérvia (P) Entubado (ET)	P			
Narcose (M) Seminarcose (SN) Acordado (A)	A			
Sons: Murmúrio, Vesicular, Normal	Mur			
Roncos (R) Sibilos (S)				
Estertores (ES) Estridor (ED)				
Exp. Torácica: Sincrônica (S) Assincrônica (A)	S			
Sist. Neurológico				
Retração muscular				
Nível de consciência: Consciente (C)	C			
Inconsciente (I) Orientado (O) Desorientado (D)	O			
Pupila Isocóricas (PI)	PI			
Pupila - Mioticas (m) ou Midríaticas (M)				
Pupila - Pontiforme (P)				
Pupila - Anisocóricas: D>E (A) E>D (B)				
Sistema Cardiovascular				
Ritmo: Sinusal				
Bradicardia (B) Taquicardia (T)				
Arritmia		Valor:		Valor:
Perfusão periférica		Local:		Local:
		Condição:		Condição:
Sistema Digestório				
Náuseas: presente (NP)				
Ausente (NA)	NA			
Vômitos: presente (VP)				
Ausente (VA)	VA			
Abdome: (P) Globoso (GL)	P			
Flácido (FL) Distendido (D)	FL			
Doloroso (DL) Indolor (ID)	ID			
Sistema Renal				
Diurese Ausente (A)				
Presente Espontânea (F)				
SVA ou SVD				
Retenção (RU) Incontinência (IU)				
Sistema Tegumentar				
Hidratado (H) Desidratado (DH)	H			
Corado (C) Descolorido (DC)	C			
Inteiro (I) Frágil (F)				
Edemacido (E)				
Dissecção venosa (DV) Punção subclávea (PC)				
Punção jugular (PJ)	PJ			
Punção periférica (PF) Cateter peridural (CP)	PF			
Lesão cutânea sim (S) não (N)	S			
Incrisão Cirúrgica				
Limpo	Limpo			
Parcialmente embebido de sangue				
Totalmente embebido de sangue				
Local				
Drenos				



Prontuario: 11.000.

Hora 10





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Aglaudes Antônio de Santiago SETOR: C. Sul
IDADE: 603 TELEFONE: 493323225 CEL: 9984529898
RESPONSÁVEL: Andréa Silva de Santiago (filha)
ENDEREÇO: SS. Francisco Rua dos Irmãos N.º 31
PUNTO DE REFERÊNCIA: Assimilado São-Olímpio - Drogaria
OBSERVES: Admissão dia 23/05/17, com
história de acidente com mobilidade (atm)
intermitente.

- Sólido, possui trabalho com um
emprego. Faz visitas, no momento está
em férias, de 15 dias por motivo de
doença.

- Quanto a situação hospitalar e liberação
de comparecimento.

ARIANA REGIANORA
03 MAI 2019

3. Sul
ant. grupo
Recebeu Miguel Aguiar de Silva
Ortodoxo quanto à situação hospitalar

24/05/17

043 HOF

ASSISTENTE SOCIAL/DATA





HOSP1

SEE/FLE/AM

CNS: 705E0327:37E022

Atendimento: 647...

Paciente: 1031662 **AGLAILDO ANTONIO DE SANTA**

City of Orem, Utah

Lata: CCR-46

Nasc: 21/05/1957 Idade: 60 Anos O Mês: Sexo: MASC

Mãe: DORALICE INACIA DOS SANTOS

End. 50 TRAVESSA BLA DOS MISTROS

Barry J. ENNIS

Cidade: MORENO

Telex: 55616752489E Data Ar: 22/05/2017 10:00

Data Ac: 22/05/2017 10:00

TRO:

NOME:

CLINICA:

ENF.:

LEITO:

[illegible]

603-1608



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
25/07/14		o ceratoma em condyles foi realizado anelido Alta hepática <i>[Assinatura]</i> Dr. Mauricio Vasconcelos CRM 10.152 Ortopedia - Acupuntura
		ARJANA RES. CARDEA 6 3 MAI 2014





** RES/PUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior</u>		Nº DO REGISTRO: <u>0100000069279022</u>
CLÍNICO: <u>Dr. George Rocha</u>		Nº DO LEITO: <u>104</u>
OPERADOR: <u>Dr. George Rocha</u>		
1º ASSISTENTE: <u>Dr. George Rocha</u>		2º ASSISTENTE: <u>Dr. George Rocha</u>
INSTRUMENTADOR: <u>Dr. George Rocha</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. George Rocha</u>
ANESTESIA: <u>Dr. George Rocha</u>		DURAÇÃO: <u>Dr. George Rocha</u>
DATA DA OPERAÇÃO: <u>06/11/2020</u>		INÍCIO: <u>14:00</u> FIM: <u>16:00</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura de tíbia e fíbula fechada</u>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERAÇÃO: <u>Fratura de tíbia e fíbula fechada</u>		
OPERAÇÃO PROPOSTA: <u>Fixação com placa e parafusos</u>		
OPERAÇÃO REALIZADA: <u>Fixação com placa e parafusos</u>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Anestesia geral

2. Lavagem da ferida com solução fisiológica

3. Incisão em curvatura medial da tíbia

4. Exatossia da fratura

5. Redução da fratura com tração manual

6. Fixação com placa e parafusos

7. Lavagem da ferida com solução fisiológica

8. Fechamento da ferida com pontos de sutura

9. Curativo com gaze e fio de algodão

10. Curativo com gaze e fio de algodão

11. Curativo com gaze e fio de algodão

12. Curativo com gaze e fio de algodão

13. Curativo com gaze e fio de algodão

14. Curativo com gaze e fio de algodão

15. Curativo com gaze e fio de algodão

16. Curativo com gaze e fio de algodão

17. Curativo com gaze e fio de algodão

18. Curativo com gaze e fio de algodão

19. Curativo com gaze e fio de algodão

20. Curativo com gaze e fio de algodão

21. Curativo com gaze e fio de algodão

22. Curativo com gaze e fio de algodão

23. Curativo com gaze e fio de algodão

24. Curativo com gaze e fio de algodão

25. Curativo com gaze e fio de algodão

26. Curativo com gaze e fio de algodão

27. Curativo com gaze e fio de algodão

28. Curativo com gaze e fio de algodão

29. Curativo com gaze e fio de algodão

30. Curativo com gaze e fio de algodão

31. Curativo com gaze e fio de algodão

32. Curativo com gaze e fio de algodão

33. Curativo com gaze e fio de algodão

34. Curativo com gaze e fio de algodão

35. Curativo com gaze e fio de algodão

36. Curativo com gaze e fio de algodão

37. Curativo com gaze e fio de algodão

38. Curativo com gaze e fio de algodão

39. Curativo com gaze e fio de algodão

40. Curativo com gaze e fio de algodão

41. Curativo com gaze e fio de algodão

42. Curativo com gaze e fio de algodão

43. Curativo com gaze e fio de algodão

44. Curativo com gaze e fio de algodão

45. Curativo com gaze e fio de algodão

46. Curativo com gaze e fio de algodão

47. Curativo com gaze e fio de algodão

48. Curativo com gaze e fio de algodão

49. Curativo com gaze e fio de algodão

50. Curativo com gaze e fio de algodão

51. Curativo com gaze e fio de algodão

52. Curativo com gaze e fio de algodão

53. Curativo com gaze e fio de algodão

54. Curativo com gaze e fio de algodão

55. Curativo com gaze e fio de algodão

56. Curativo com gaze e fio de algodão

57. Curativo com gaze e fio de algodão

58. Curativo com gaze e fio de algodão

59. Curativo com gaze e fio de algodão

60. Curativo com gaze e fio de algodão

61. Curativo com gaze e fio de algodão

62. Curativo com gaze e fio de algodão

63. Curativo com gaze e fio de algodão

64. Curativo com gaze e fio de algodão

65. Curativo com gaze e fio de algodão

66. Curativo com gaze e fio de algodão

67. Curativo com gaze e fio de algodão

68. Curativo com gaze e fio de algodão

69. Curativo com gaze e fio de algodão

70. Curativo com gaze e fio de algodão

71. Curativo com gaze e fio de algodão

72. Curativo com gaze e fio de algodão

73. Curativo com gaze e fio de algodão

74. Curativo com gaze e fio de algodão

75. Curativo com gaze e fio de algodão

76. Curativo com gaze e fio de algodão

77. Curativo com gaze e fio de algodão

78. Curativo com gaze e fio de algodão

79. Curativo com gaze e fio de algodão

80. Curativo com gaze e fio de algodão

81. Curativo com gaze e fio de algodão

82. Curativo com gaze e fio de algodão

83. Curativo com gaze e fio de algodão

84. Curativo com gaze e fio de algodão

85. Curativo com gaze e fio de algodão

86. Curativo com gaze e fio de algodão

87. Curativo com gaze e fio de algodão

88. Curativo com gaze e fio de algodão

89. Curativo com gaze e fio de algodão

90. Curativo com gaze e fio de algodão

91. Curativo com gaze e fio de algodão

92. Curativo com gaze e fio de algodão

93. Curativo com gaze e fio de algodão

94. Curativo com gaze e fio de algodão

95. Curativo com gaze e fio de algodão

96. Curativo com gaze e fio de algodão

97. Curativo com gaze e fio de algodão

98. Curativo com gaze e fio de algodão

99. Curativo com gaze e fio de algodão

100. Curativo com gaze e fio de algodão

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12008, 19075-11517

ANESTESIA GERAL
06/11/2020

104-HGOF



PAGES - 1-67

U
B
C
I
N
A
C

DOSE	ANTI-POLIOMIELITE	DPT	BCG	ANTI-SARAMPO	TT
1ª					
2ª					
3ª					
R					

[illegible]

ARUNIM SECURADORA
6 3 MA 2019





SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

PERNAMBUCO End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejoio-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

1007-1008

1. STATE ACCORDING TO THE
 2. STATE ACCORDING TO THE
 3. STATE ACCORDING TO THE
 4. STATE ACCORDING TO THE
 5. STATE ACCORDING TO THE
 6. STATE ACCORDING TO THE
 7. STATE ACCORDING TO THE
 8. STATE ACCORDING TO THE
 9. STATE ACCORDING TO THE
 10. STATE ACCORDING TO THE

Data: / /

Médico-CRM

076-HOF

ARUANA SECUNDARIA
63 MAY 1914





RECEITUÁRIO / REQUISIÇÃO DE EXAMES

ROT 008-02 V1

NOME:

Atílio J. Freitas de Souza

DATA DE NASCIMENTO:

REGISTRO:

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

Exame físico: grupo de classe

09 MA 2019

Paciente com história de fratura sin-
a traseira operada anteriormente na
face lateral da mão e no exame físico
apresenta dor ao toque e ao movimento
na base da 5ª metacarpa.

DATA: *12/10/19**Eduardo B. Oliveira*
MÉDICO-CRMDATA DA
HOMOLOGAÇÃO

R. da Apogio Guimarães, S/N - Tejupá
Recife - PE
CEP 50920-840
Telefone: 3382-8500

DATA DA REVISÃO:

HOF 075





RECEITUÁRIO / REQUISIÇÃO DE EXAMES ROT 008-02 V

NOME: Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior

DATA DE NASCIMENTO: 12/01/1980 REGISTRO: 120120

CLÍNICA: Unidade de Pronto Atendimento ENFERMARIA: Unidade de Pronto Atendimento

ARQUIVADO POR:
03 MAI 2018

UF: PE 45
Mão

DATA: 06/11/2020

MÉDICO-CRM:

DATA DA
NOMINAÇÃO
Rua Araguaia, nº 100 - Jd. Santa Helena
Recife - PE
CEP: 50000-000
Telefone: (0800) 400-0000

DATA DA REVISÃO

PÁGINA 001





RECEITUÁRIO / REQUISIÇÃO DE EXAMES

ROT 008-02 V1

NOME: Adriano Mello de Mello

DATA DE NASCIMENTO: _____ REGISTRO: _____

CLÍNICA: _____ ENFERMARIA: _____

Exame físicoExame físico realizadoExame físico realizado no dia 06/11/2020Exame físico realizado no dia 06/11/2020Exame físico realizado no dia 06/11/2020Exame físico realizado no dia 06/11/2020Exame físico realizado no dia 06/11/2020DATA: 06/11/2020

Dr. Adriano Mello de Mello
Assinatura

MEDICO CRM

Rua Aprimoramento, 100 - Fátima

Cidade: São Paulo

DATA DA
RECEIÇÃOCPF: 049201541
Telefone: 11 8208000

DATA DA REVISÃO

PÁGINA 078

ARQUIVADO
07 MAR 2019





** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS



RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Alexandre Antônio de Santana
Reg.: _____ Enf.: _____ Leito: _____

DATA DE ENTRADA: 22/5/12 DATA DE SAÍDA: 1/1

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Franco e intenso
colúmbio E e punção de Lúglio
E

DIAGNÓSTICO FINAL: _____
Trat// aringe

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): _____

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE:
PARA CONTROLE EM 1/1

Dr. Maurício Vasconcelos
CRM 10452
Ortopedia - Acupuntura

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

US FOF

ARMAS E ARMAZENS
03 MA 2010



DR. APULEU BRUM REGO VIEIRA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

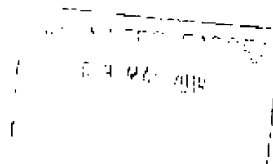
CRM 2007

Aglauro Antônio de Santana
RG 4147903

O paciente acima apresenta
presença de cicatrizes curvadas
no cotovelo e flexão, perna
esquerda 1/3 inferior por ter
sido vítima de atropelamento
em 21/05/2017 com lesão
de 80% com deformidade das
nas mãos direita e esquerda
sem poder fazer movimentos
com os quindactilos.
Encontra-se em alta médica

Vicente
Santos
Antônio

22/4/19



Apuleu Brum Rego Vieira
Ortopedia
CRM 2007



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Aglaudo Antônio Santana

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

21/05/2017

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

21/05/2017

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Aglaudo Antônio Santana

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente teve acidente por ser vítima de atropelamento no cotejo esquerdo e puno esquerda

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento ortopédico de puno esquerda com desbridamento por 45 e 50 graus rotacionais e punos

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM

☒ NÃO

sem sequelas de 80%

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º *Tratamento cirúrgico com imobilização*
- 2º *de mobilização de 70 a 50 RDE*
- 3º *de deformidade puno direita por*
- 4º *paralisia da puno e mobilização*
- 5º *por quadrado de puno. Alta médica*

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

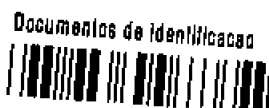
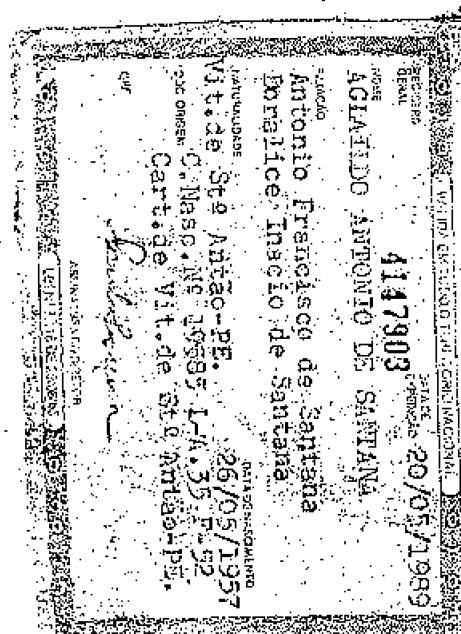
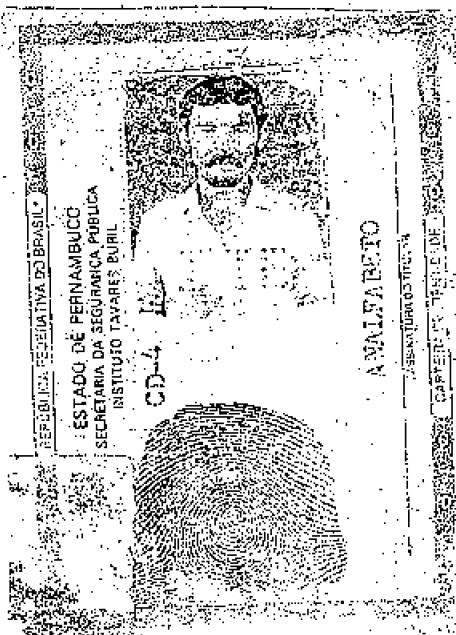
LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

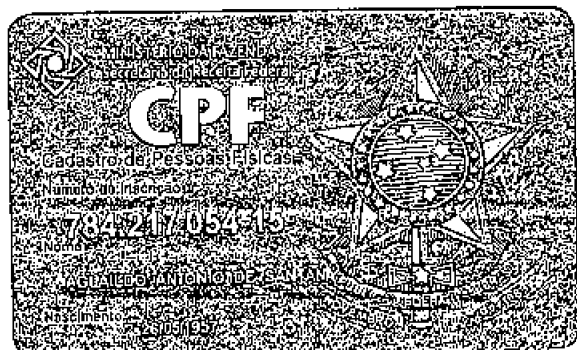
ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE





SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

19-02-2017 16:09 304572 1/1



Laudo do IML - Lesões corporais



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

EXAME COMPLEMENTAR Nº 24014 / 2017

REFERENTE AO LAUDO Nº / 2017

REQUISITADO POR: POSTO POLICIAL DE BONANCA - 21ª CIRC. - DEL. DE MORENO

Ofício nº. 398 / 2017 Data 28 / 8 / 2017

ENCAMINHAR PARA: POSTO POLICIAL DE BONANCA - 21ª CIRC. - DEL. DE MORENO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal, Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:23 do dia 28 de Agosto de 2017, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA filho(a) de ANTONIO FRANCISCO DE SANTANA e de DORALICE INACIO DE SANTANA, cor: NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteiro (a), apresentando a idade de 60 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de VITORIA DO SANTO ANTAO - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 4147903, profissão NÃO INFORMADO, vestes NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando informa que foi vítima de atropelamento por um carro no dia 21/05/2017, sofrendo traumatismo no cotovelo esquerdo e pé esquerdo. Trouxe cópia de documentos médicos, que informam que o periciando teve ferimento extenso no cotovelo esquerdo e pé esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico (sutura).

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatrizes em região posterior do cotovelo esquerdo e na região lateral do tornozelo esquerdo, sem repercussão funcional. Mobilidade preservada nos 4 membros. Deambulação normal.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Diante do histórico informado, dos documentos apresentados e dos achados ao exame, conclui que o periciando foi vítima de acidente, com traumatismo em cotovelo esquerdo e tornozelo esquerdo, podendo deixar sequelas decorrentes do acidente em questão.

QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periciando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração de parto? (especificar)

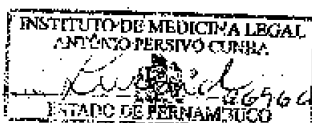
Não.

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?

Sim



Página 02

CÓPIA AUTÊNTICA



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e assinado correto o(a) médico(a) legista que assiná Dr.(a). BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA - CRM 35820

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Procedimento
Pernambuco

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Seção de Procedimento

De acordo com a Legislação em vigor, ao entrar esta cópia autenticada com valor de original por solicitação de

de Agência de Antídoto

de Santana

Pelo Ofício Nº 1290/19

datado de 19/01/19

A que dou fé e Assino.

Procid 2.436.906

Fundação - Metrô

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Procid 2.436.906
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL





POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

6ª UNIDADE SECCIONAL DE POLÍCIA METROPOLITANA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL - 21ª CIRCUNSCRIÇÃO
= Moreno =

Moreno, 04/08/2017.

Ofício nº 398 / 2017- SC

Senhor Gestor:

Encaminho a Vossa Senhoria para ser submetida a **PERICIA TRAUMATOLOGICA COMPLEMENTAR**, atendendo a determinação constante na pericia traumatológica nº 15744/2017, a pessoa de **AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA**, portador de carteira de identidade RG nº 4147903 SSP/PE, natural de Vitória de Sto. Antão/PE, solteiro, desempregado, nascido aos 26/05/1957, com 60 anos de idade, filho de Antonio Francisco de Santana e Doralice Inácio de Santana, residente na Rua Maria Helena, 22 - Galinha D'água, Moreno/PE. A referida pessoa diz ter sido vítima de acidente de trânsito.

O referido laudo deve ser encaminhado à 21ª Circunscrição Policial - Delegacia de Moreno/PE.

Sendo só o que se apresenta para o momento, votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Moisés Teixeira Barbosa 201699
Delegado de Polícia

Ao:
Imo. Sr.
MD - Diretor do IML
RECIFE - PERNAMBUCO

Rua Monte Castelo, nº 95, Alto Santo Antonio, Moreno / PE, TELEFONE: 31843631



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005424/18
Vítima: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
CPF: 784.217.054-15
Data do Acidente: 21/05/2017
CPF de: Próprio
Titular do CPF: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA : 784.217.054-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/12/2017
Nome: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA
CPF/CNPJ: 784.217.054-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/01/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

ANDREZA ALVES DA CUNHA



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DMS

VITIMA Antonio de Santana

DATA DO ACIDENTE 21.5.17 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 784.217.054-15

- PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS**
- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
 - ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
 - ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsudortransil.com.br ou ligue 0800 022 1204.
- SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (frete e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO CONJUGE (ORIGINAL)**
 - ☐ Declaração de Conjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto a Receita Federal ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto a Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO DE CASAMENTO, com data atual (cópia simples)**
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- BENEFICIÁRIO DE CONCILIAÇÃO (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge**
 - ☐ Termo de Conciliação (original)
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Antonio de Santana
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 784.217.054-15
 E-mail: antonio.santana@dpvat.com.br Tel: 08 989.274.888
 Data: 14.12.17 Assinatura: Antonio de Santana

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) SEGURO DPVAT
 Atendente ANTONIO Matrícula 50330000
 Data: 14.12.17 Assinatura: Antonio de Santana



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: AGLAIDY ANTONIO DE MELLO JUNIOR, Brasileiro (a) portador (a) do RG nº 4.493.761, Órgão Emissor: SSP/PE, Inscrito(a) no CPF sob nº 489.151.15, estado civil, solteiro, Analfabeto, Residente na Rua Paulista, nº 31, Bairro Santo Antônio, Município de Goiana -PE. Vítima de acidente de Trânsito no dia 29/05/2020.

OUTORGADO: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR Brasileiro (A). Portador do RG 4.493.761. Órgão Emissor: SSP/PE, inscrito no CPF sob o nº 794.699.224-68. Residente na Rua Po Padre Felix Barreto, nº 13, Livramento, CEP: 55602-360 Vitória de Santo Antão – PE

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o (a) OUTORGANTE acima qualificado(a) nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO a cima qualificado na presença de duas testemunhas qualificadas a baixo, para Representa-lo Perante as SEGURADORAS que Constitui o COSORCIO DO SEGURO DPVAT, Podendo para este fins prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher e assinar Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, podendo Solicitar perícia médica, em fim tudo o mais necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

1ª TESTEMUNHA: YANILDO MARIA DOS SANTOS, Brasileiro(a), portador do RG de nº 6.007.674, Órgão Emissor: SSP/PE, inscrito no CPF de nº 034.391.494-91, Residente na Rua Alameda Brasil, nº 74, Bairro Alameda Brasil, município de Goiana /PE.

2ª TESTEMUNHA: YANILDO MARIA DOS SANTOS, Brasileiro(a), portador do RG de nº 3.034.263, Órgão Emissor: SSP/PE, inscrito no CPF de nº 542.639.124-47, Residente na Rua Alameda Brasil, nº 68, Bairro Santa Rosa, município de Goiana /PE.

A RÔGO: ANDRÉ SILVEIRA DE SOUZA, Brasileiro(a), portador do RG de nº 8.285.877, Inscrito no CPF de nº 707.129.1874-76, Residente na Rua DOS SANTOS, Bairro Alameda Brasil, nº 32, Município de Goiana /PE. Que assina o Rôgo da vítima OUTORGANTE. (1)



 *André Gide*

- A R O G O -



- OUTORGANTE -

James H. Brown, Jr.

1ºTESTE MUNDIAL

James M. Smith

2 TESTEMUNHA

4-6-66 Dec 1, 1977

TABLE 1. *Estimated values of the parameters of the model for the 1997-1998 season*

James M. Smith

UNION DE REGISTROS
DE REGISTROS
DE REGISTROS

1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 284: 2689-2695.

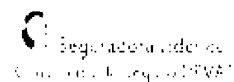
1990

REGISTRATION REQUIRED
MEMBERSHIP

14 MAR 1954



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148831/19

Vítima: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

CPF: 784.217.054-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2017

Titular do CPF: AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

AGLAILDO ANTONIO DE SANTANA : 784.217.054-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/05/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

