



Número: **0067843-47.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JONAS DA SILVA PEREIRA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72018006	03/12/2020 16:57	PROCESSO ADMINISTRATIVO UNIFICADO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JONAS DA SILVA PEREIRA

Nº Sinistro: 3180520340

Vítima: JONAS DA SILVA PEREIRA

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180520340**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **07/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00615/0616 - carta_04 - INVALIDEZ



00020308

Carta nº 13595189



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180394021**
Nome do(a) Examinado(a): **JONAS DA SILVA PEREIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **LO JOSE DOURADO nº 31 - CENTRO - CONDADO/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9441490 - SSP**
Data e local do acidente: **07/04/2018 CONDADO/PE**
Data e local do exame: **05/10/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM DESVIO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, SEM INTERCORRÊNCIAS E ALTA MÉDICA.

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

SEM DÉFICIT FUNCIONAL, PORÉM A VÍTIMA DIFICULTA O EXAME MÉDICO

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

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

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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(*).

☐ Vítima em tratamento

☒ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%


Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR- SEM SEQUELAS -

Médico Perito: VANESSA LUCILIA SILVEIRA DE MEDEIROS CRM:18295/PE



Vanessa de Medeiros
CRM 18295 - PE
Clínica Médica

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro (ou ASL) _____ CPF da Vítima **702.194.534-54** Nome completo da vítima **Jonas da Silva Pereira**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo **Jonas da Silva Pereira** CPF titular da conta **702.194.534-54** Profissão **Meiador**
Endereço **Lo. Gen. Durado** Número **31** Complemento _____
Bairro **Centro** Cidade **Goiana** Estado **PE** CEP **55900-000**
Email **aruarua.goiana@gmail.com** Telefone (DDD) **(81) 3626-3771**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção).
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA **0774** D/V **013** CONTA **68367** D/V **2**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO **ARUANA** NRG. _____
AGÊNCIA **ARUANA** D/V _____ CONTA **ARUANA** D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Goiana **11** de **junho** de **2018**
Local e Data

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

Jonas da Silva Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V003/2017



Comprovante de agendamento de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Operação realizada com sucesso conforme as informações
fornecidas pelo cliente.

Conta origem: [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Conta destino: 0774 / 013 / 00068367-2

Nome
destinatário: JONAS DA S PEREIRA

Valor (R\$): 5,00

Data de débito: 13/06/2019

Data/hora da
operação: 13/06/2018 12:21:05

Código da
operação: 16404018

Chave de
segurança: LFAE1LX8WN4ZFP9S

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

* Você poderá consultar futuramente essa e outras transações no item "Minha Conta - Transações".

ARUANA SEGURO

11 JUL 2018





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro (ou ASL) _____ CPF da Vítima **702.194.534-54** Nome completo da vítima **Jonas da Silva Pereira**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo **Jonas da Silva Pereira** CPF titular da conta **702.194.534-54** Profissão **Meccan**
Endereço **Lo. Gen. Durado** Número **31** Complemento _____
Bairro **Centro** Cidade **Goiana** Estado **PE** CEP **55900-000**
Email **aruarua.goiana@gmail.com** Telefone (DDD) **(81) 3626-3771**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção).
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRG **0774** D/V **013** CONTA NRG **68367** D/V **2**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO **ARUANA** NRG **1101**
AGÊNCIA NRG **1101** D/V **1101** CONTA NRG **1101** D/V **1101**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Goiana **11** de **junho** de **2018**
Local e Data

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

Jonas da Silva Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V003/2017



Comprovante de agendamento de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Operação realizada com sucesso conforme as informações
fornecidas pelo cliente.

Conta origem: [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Conta destino: 0774 / 013 / 00068367-2

Nome
destinatário: JONAS DA S PEREIRA

Valor (R\$): 5,00

Data de débito: 13/06/2019

Data/hora da
operação: 13/06/2018 12:21:05

Código da
operação: 16404018

Chave de
segurança: LFAE1LX8WN4ZFP9S

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

* Você poderá consultar futuramente essa e outras transações no item "Minha Conta - Transações".

ARUANA SEGURO

11 JUL 2018





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro (ou ASL) _____ CPF da Vítima **702.194.534-54** Nome completo da vítima **Jonas da Silva Pereira**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo **Jonas da Silva Pereira** CPF titular da conta **702.194.534-54** Profissão **Meiador**
Endereço **Lo. Gen. Durado** Número **31** Complemento _____
Bairro **Centro** Cidade **Goiana** Estado **PE** CEP **55900-000**
Email **araruana.goiana@gmail.com** Telefone (DDD) **(81) 3626-3771**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção).
☐ BRADESCO (232) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA **0774** D/V **013** CONTA **68367** D/V **2**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO **ARUANA** NRG. _____
AGÊNCIA **ARUANA** D/V _____ CONTA **ARUANA** D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Goiana **11** de **junho** de **2018**
Local e Data

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

Jonas da Silva Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V003/2017



Comprovante de agendamento de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Operação realizada com sucesso conforme as informações
fornecidas pelo cliente.

Conta origem: [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Conta destino: 0774 / 013 / 00068367-2

Nome
destinatário: JONAS DA S PEREIRA

Valor (R\$): 5,00

Data de débito: 13/06/2019

Data/hora da
operação: 13/06/2018 12:21:05

Código da
operação: 16404018

Chave de
segurança: LFAE1LX8WN4ZFP9S

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

* Você poderá consultar futuramente essa e outras transações no item "Minha Conta - Transações".

ARUANA SEGURO

11 JUL 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 53ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP53ªCIRC
DINTER/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18 E 014 3000391

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/04/2018 às 16:03

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 7/4/2018 às 08:40

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CONDADO, 1, PE 062 - Bairro: CENTRO
CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
IVANILDO JOSÉ DA SILVA (OUTRO)
JONAS DA SILVA PEREIRA (VÍTIMA)
ALEXSANDRO ALVES DA SILVA (VÍTIMA)

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXSANDRO ALVES DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CONDOMÍNIO

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

IVANILDO JOSÉ DA SILVA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

JONAS DA SILVA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CRISTIANE MARIA DA SILVA Pai: JORGE SERAFIM PEREIRA Data de Nascimento: 28/2/1996 Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9441490/SDS/PE (RG), 00061697459 (CPF), 04024315671 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO (A) Profissão: SEGURANÇA Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CONDADO, 31, LOT. JOSE DOURADO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

ALEXSANDRO ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AURINETE DAMIANA DA SILVA Pai: CARLINDO ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 4/9/1981 Naturalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6420122/SDS/PE (RG), 00061697459 (CPF), 04024315671 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO (A) Profissão: VIGILANTE Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CONDADO, 28, RUA K, NOVO TEMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

CICLOMOTOR (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVANILDO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXSANDRO ALVES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: CICLOMOTOR/SHINERAYINÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDC7901 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: LXYCBL03F0236703



Ano Fabricação/Modelo: 2014/2015

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/VW/KOMBI; Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMAM AS VITIMAS QUE VINHAM TRANSITANDO NA VIA EM TELA, QUANDO O PILOTO ALEXSANDRO LEVOU UM
TRANCA DE UMA KOMBI NESSE MOMENTO O PILOTO PERDEU O CONTROLE E COLIDIU COM A TRASEIRA DO
AUTOMÓVEL, TENDO O GARUPE JONAS CAÍDO DO CICLOMOTOR E FRATURADO O BRAÇO DIREITO. QUE O MESMO FOI
SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL BELARMINO CORREIA E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL
MIGUEL ARRAS NA CIDADE DO PAULISTA. DIANTE DOS FATOS ACOMPARECERAM A ESTA DEPOL PARA NOTICIAR O
OCORRIDO.

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

X JONAS da Silva Pereira

JONAS DA SILVA PEREIRA
(VITIMA)

X Alessandro Alves da Silva

ALEXSANDRO ALVES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: THEOPHILO RODOLPHO DIAS NEVES FILHO - Matrícula: 350823-3

Condado

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jonas da Silva Pereira

CPF da Vítima

702.194.534-54

Data do Acidente

07.04.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Goiânia, 07 de junho de 2018

Local e Data

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Jonas da Silva Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALE.001 V001/2017



SAMU
192

HORA DO CHAMADO: 09:00H
CHEGADA AO LOCAL: 09:15H
HORA DA CONCLUSÃO: 15:40H
CHEGADA A BASE: 17:00H

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/04/18
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TRAUMA

NÚMERO DA OCORRÊNCIA: 5460681
VIATURA: UTI ☒ BÁSICA

TIPO/LOCAL DE OCORRÊNCIA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) ☐ CAUSA CLÍNICA ☐ OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ REMOÇÃO ☐ senha
VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ LOCAL DE TRABALHO ☐ TRAJETO DO TRABALHO ☐ EMPRESA:

IDENTIFICAÇÃO

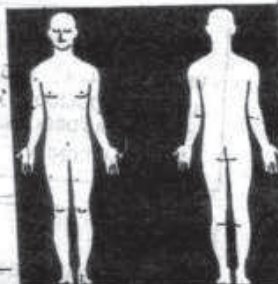
NOME DO PACIENTE: JONAS DA SILVA PEREIRA IDADE: 22 ANOS
SEXO: M () F () PROFISSÃO: FONE: 993905184
ENDEREÇO RESIDENCIAL: R. E. O. 52 BAIRRO: CALIXTO
NOME DO SOLICITANTE: DEMIELA FONE:
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: A. S. J. M. A. BAIRRO: CENTRO
REFERÊNCIA: PRAÇA CIMITÉRIO

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ÔNIBUS () CAMINHÃO () CARRO DE PASSEIO () MOTOCICLETA () PLACA
ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()
AUTOMÓVEL (COLÍZÃO): PASSAGEIRO () MOTORISTA () BANCO DE TRÁS () BANCO DA FRENTE () USO DO CINTO: S () N ()
MOTOCICLETA: MOTOCICLISTA () PASSAGEIRO () USO DO CAPACETE: S () N ()
SEMI-AFOGAMENTO/SUBMERSÃO () SOTERRAMENTO ()
INTOXICAÇÃO EXÓGENA () ANIMAIS PEÇONHENTOS () AGENTE CAUSADOR:
EXPOSIÇÃO AO FOGO/FUMAÇA/CHOQUE ELÉTRICO/SUBS. QUÍMICA ()
QUEIMADURAS: 1º G () 2º G () 3º G ()
QUEDA: () ALTURA APROX. MEIOS () QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
AGRESSÕES: () POR ARMA DE FOGO/TIPO: () ARMA BRANCA/TIPO:
AGRESSÃO SEXUAL () MAUS TRATOS () OUTROS () CITAR:
MECANISMO DO TRAUMA: () IMPACTO FRONTAL () IMPACTO LATERAL () IMPACTO TRASEIRO () EJEÇÃO () CAPOTAMENTO

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018



CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: Paciente sofreu acidente de moto, com
Tórax, braço e perna fraturados e fratura de nádegas.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO CONHECIDA: MMSSD. Lesão da Perna H13 e
do braço e perna P/HMA.

AValiação CLÍNICA

VIA AÉREAS FR. 1/2 RN: 35 - 50
< 1 ANO: 30 - 50
Criança: 20 - 30
Adulto: 12 - 20
DISPNEIA S () N () TIRAGEM INTERCOSTAL: S () N () GLICEMIA (HGT) 112
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS S () N () SIBILOS EXPIRATÓRIOS: S () N () BAN: S () N () TEMP. 36.5
AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S () N () LESÕES DE FACE: S () N () RETRATAÇÃO XIFÓIDE: S () N ()
DEFORMAÇÃO DO TÓRAX: S () N () OÍMIDO/ESTRIDOR: S () N () DIST. FALA/CHORO: S () N ()
CIRCULAÇÃO PA: 150 x 20 PERFUSÃO PERIFÉRIA: BOA () INSATISFATÓRIA () PULSO: 85
COLORAÇÃO DA PELE NORMAL: S () N () PALIDEZ: S () N () CIANOSE: S () N ()
SUDORESE: S () N () DESIDRATADO: S () N () ICTÉRICO S () N ()

RN: 120 - 160
< 1 ANO: 90 - 140
Criança: 80 - 110
Adulto: 60 - 100

Scanned by CamScanner



EXAME NEUROLÓGICO

RESPOSTA AO ESTÍMULO DOLOROSO () IRRESPONSIVO ()

RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
4	Orientado	6	Obedece comando
3	Confuso	5	Localiza estímulo doloroso
2	Resposta inapropriada	4	Reage ao estímulo doloroso
1	Sons ininteligíveis	3	Flexão anormal (decorticação)
	Sem resposta verbal	2	Extensão anormal (decerebração)
		1	Sem resposta motora

AValiação Primária: ALERTA ()

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR

Abertura ocular espontânea 4

Abertura ocular à voz 3

Abertura ocular à dor 2

Sem abertura ocular 1

SINAIS DE DISFUNÇÃO CEREBRAL: DEFICIT MOTOR ()

AValiação das Pupilas: ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS ()

DESVIO DE COMISSURA LABIAL ()

DIFICULDADE NA FALA ()

MIOSE ()

TOTAL PONTOS

15

NATUREZA DA LESÃO

PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N ()

LESÕES INTRA-TORÁCICAS: S () N () FRATURA PELVIS: S () N ()

LESÕES INTRA-ABDOMINAIS: S () N () FRATURA EM OSSOS LONGOS: FECHADA () ABERTA ()

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL: S () N ()

OXIGÊNIO: CATÉTER () VENTURI () CPAP ()

ASPIRAÇÃO DE SANGUE E SECREÇÕES: S () N ()

ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: S () N ()

VENTILAÇÃO MECÂNICA: MODALIDADE FIO2:

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: S () N ()

INFUSÃO DE FLUÍDOS S () N ()

OUTRAS CONDUTAS PUNÇÃO DE VENA

GLCSE, P/VETA PERI

IN°

ATENDIMENTO: 423487

PACIENTE: JONAS DA SILVA PEREIRA

NASCIMENTO: 28/2/1996 IDADE: 22 SEXO: MASCULINO

MÃE: CRISTIANE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO: LOTEAMENTO JOSE DOURADO, NÚMERO: 31

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: CONDADO

REGISTRO: 113877

USO DE ALCOOL E OUTROS

USOU ALCOOL: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS ()

HÁBITO ALCOÓLICO () ALTERAÇÃO NA MARCHA () SONOLÊNCIA

USOU OUTRAS DROGAS: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS ()

LOLO () MACONHA () COLA () COCAÍNA () CRACK () LANÇ

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: HMA REGISTRO NO HOSPITAL: 113877

MÉDICO QUE RECEBEU: Dr. Thiago ASSINATURA: Dr. Thiago

Orientação para o ambulatório: S () N ()

ÓBITO ANTES DO ATENDIMENTO: S () N ()

MACA RETIDA NA UNIDADE HOSPITALAR S () N () PRANCHA RETIDA: S () N ()

EQUIPE

MÉDICO REGULADOR: Dr. Thiago MÉDICO ASSISTENTE: Dr. Thiago

ENFERMEIRA: Joana SOCORRISTA: Joana

MOTORISTA: Joana OPERADOR DE FROTA: Joana

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: Joana

Exoneração de Responsabilidade

O subscrito certifica que a pessoa recusa atendimento contra orientação médica

Data: 11 JUL 2018 Assinatura: ANIANA SEGURA

Scanned by CamScanner



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA			
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 móveis	
DADOS DO CLIENTE CRISTIANE MARIA DA SILVA CPF: 026.574.984-45 NIS: 16427649276	DATA DE VENCIMENTO 26/10/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 100,14	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/10/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 19/10/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 035953891	CONTA CONTRATO 007002019510 Nº DO CLIENTE 2010342407 Nº DA INSTALAÇÃO 0000076487
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA LO JOSE DOURADO 31 CONDOMÍNIO/CONDOMÍO 55948-000 CONDOMÍO PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC Monofásico RESERVADO AO FISCO EA89.3224.08AA.9744.E6B1.5EB7.C9F2.2DC7		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL										
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	<div>EM ATÉ 18 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.</div> <table><tr><th>Vencido</th><th>De Receb</th><th>Valor</th></tr><tr><td>25/09/18</td><td>19/10/18</td><td>60,43</td></tr></table> <div>Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme as condições definidas no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.</div>	Vencido	De Receb	Valor	25/09/18	19/10/18	60,43
Vencido	De Receb	Valor								
25/09/18	19/10/18	60,43								
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,24698985	7,40							
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,42340431	29,63							
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	60,00	0,63510647	38,10							
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,45							
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,56							
TOTAL DA FATURA				100,14						
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS										
ICMS			PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		
82,58	25,00	20,64	82,58	0,64	0,52	82,58	2,99	2,46		

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17625850	OUT 18	180
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,36232590	SET 18	117
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,45333860	AGO 18	123
		JUL 18	115
		JUN 18	164
		MAY 18	183
		ABR 18	176
		MAR 18	159
		FEV 18	164
		JAN 18	191
		DEZ 17	189
		NOV 17	170
		OUT 17	137

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
	R\$ %
Geração de Energia	30,18 30,54
Transmissão	3,90 4,48
Distribuição (Cálculo)	17,20 26,84
Encargos Setoriais	2,48 3,62
Tributos	23,62 28,59
TOTAL	\$2,68 190

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MC30728	CAT	18/09/2018	17.243,00	18/10/2018	17.403,00	31	1.000,00	0,00	160,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/11/2018									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
ago/2018					
DIC-No. de horas sem Energia	CONDADO	1,43	5,87	11,34	22,69
FIQ-No. de vezes sem Energia		1,00	3,30	6,72	13,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		1,43	3,30	0,00	0,00
DICI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 27,41					
Tudo Consumidor pode solicitar a alteração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
Pague no ponto mais perto de você! as credencas com: avenida quinze de novembro centro / novo brasil supermercado: r olegário fonsaca 640 terreiro centro lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou da rede de fornecimento. Pagto. em atraso para multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 45,51. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.	

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007002019510	10/2018	100,14	26/10/2018	
838000000017 001400110073 002019510108 130973649737				
Evite dobrar, rasgar ou manusear. Este canhoto será usado em leitora ótica.				



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



www.celpe.com.br

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 5596
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 móveis

DADOS DO CLIENTE

MELICIO DA COSTA LEITE NETO
CPF: 214.938.474-48

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO DE CAXIAS 170 D
CENTRO/GOIANA
55900-000 GOIANA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

20/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

275,47

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

05/10/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

15/10/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

034217931

CONTA CONTRATO

002431353019

Nº DO CLIENTE

2001321578

Nº DA INSTALAÇÃO

0604089431

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Trifásico

RESERVADO AO FISCO

F0F4.1F3A.4BB2.E4D5.62A1.362C.4B63.1DC2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	288,00	0,73065066	208,97
Acréscimo Bandeira VERMELHA			20,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			25,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 022840952-05/07/18			1,91
ICMS Subvenção-CDE-NF 026526402-06/08/18			1,56
Multa por atraso-NF 026526402 - 06/08/18			4,02
Juros por atraso-NF 026526402 - 06/08/18			2,41
Atualização IGPM-NF 026526402 - 06/08/18			1,52
Dotação APAE - 0800 722 2723			10,00
TOTAL DA FATURA			275,47

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
228,00	25,08	57,25	228,00	0,64	1,46
			228,00	2,08	4,72

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	DI Resto	Valor
20/10/18	15/10/18	230,83

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 89 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,5130608	OUT 18	286
		SET 18	234
		AGO 18	237
		JUL 18	224
		JUN 18	290
		MAY 18	362
		ABR 18	459
		MAR 18	350
		FEV 18	432
		JAN 18	371
		DEZ 17	477
		NOV 17	384
		OUT 17	384

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003010100065	CAT	04/09/2018 44.866,00	05/10/2018 44.342,00	31	1,00000	0,00	286,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LECTURA: 07/11/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
			ago/2018		
DIC-No.de horas sem Energia	GOIANA	0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
ELUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 78,74

Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você as contas goianinhas: praça duque de caxias centro / comercial goianense de drogas: rua trapiche do melo no 32
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível da tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art. 7º REN 581/13.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	389

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002431353019	10/2018	275,47	20/11/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000025 754700110023 431353019106 166518819832



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Guilherme M. de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jonas da Silva Pereira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 702.194.534 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima
Jonas da Silva Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.194.534 / 54 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número <u>170</u>	Complemento <u>0</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Goiana</u>	Estado <u>PE</u>
Email <u>aruarua.goiana@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(81)3626-3771</u>	Telefone celular(DDD) <u>(81)9.9808-6287</u>

Goiana 11 de junho de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

DLDR001 V001/2017



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Guilherme M. de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jonas da Silva Pereira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 702.194.534 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima
Jonas da Silva Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.194.534 / 54 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número <u>170</u>	Complemento <u>0</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Goiana</u>	Estado <u>PE</u>
Email <u>aruarua.goiana@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(81)3626-3771</u>	Telefone celular(DDD) <u>(81)9.9808-6287</u>

Goiana 11 de junho de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

DLDR001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivanildo Jose da Silva
RG nº 4829409, data de expedição 22/07/92,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 801.269.444-15, com
domicílio na cidade de CONDADO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOT. JOSE DOURADO, nº —,

complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Yonas da Silva Pereira cujo o condutor era

Alexsandro Alves da Silva

Veículo: Ciclomotor
Modelo: Shimray X1 50 Q
Ano: 2014/2015
Placa: PDE-4901
Chassi: LXYXEBLO3F230703
Data do Acidente: 04/04/2018
Local e Data: CONDADO PE, 26/04/2018

Ivanildo Jose da Silva
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
11 JUL 2018

Alexsandro Alves da Silva

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

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Titular: LETICIA ANDRADE DE AZEVEDO
Telefone: (81) 3642-1026

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE IVANILDO JOSE
DA SILVA DOU PE, Condado, 26/04/2018 em test.
da verdade Ivanildo Jose da Silva Laís Alves da
Silva Nascimento- Escrevente Substituta Emol. R\$ 3,43
TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,16

Selo: 0077636.MAL03201802.04929 26/04/2018 15:28:10
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Titular: LETICIA ANDRADE DE AZEVEDO
Telefone: (81) 3642-1026

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ALEXSANDRO
ALVES DA SILVA DOU PE, Condado, 26/04/2018 em test.
da verdade Alexsandro Alves da Silva Laís Alves da
Silva Nascimento- Escrevente Substituta Emol. R\$ 3,43
TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,16

Selo: 0077636.ZVW03201801.00432 26/04/2018 15:28:10
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Dr. Maurício César Leal

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia de Mão

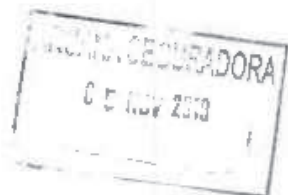
CREMEPE 12396

JONAS DA SILVA PEREIRA

Paciente VITIMA de fratura
da Rádio distal C/ DESVIO. Paciente
Sobretudo de 2 estereótipos C/ Placa +
Parafusos. Paciente C/ Realização
de fisioterapia (40 sessões). Paciente
Vítima de fratura completa da Rádio
C/ déficit de PRONO-SUPINAÇÃO +
déficit de FLEXO-EXTENSÃO da Rádio +
Dor CRÔNICA. Paciente apresenta C/
Síndrome FUNCIONAL de 50%.

26/11/2018

Av. Visconde de Albuquerque, 776 - Madalena - Recife - PE
Fones: (81) 3446.6991 - Madalena Medical Center



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

5400216

Número do Registro: 2018/EC001585 Data e Hora de Atendimento: 07/04/2018 09:46 Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência Cirúrgica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 29892 JONAS DA SILVA PEREIRA Registro SUS: 700500397257554
Nascimento: 28/02/1996 Idade: 22 Sexo: Masculino Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: SEGURANCA Naturalidade: CONDADO Nacionalidade: BR
Documento de Identidade: 9441490 Filiação: JORGE DA SILVA PEREIRA
CRISTINA MARIA DA SILVA
Endereço: (Av., Rua, etc.): LOTEAMENTO JOSE DOURADO Nº31 Complemento: CASA
Bairro: CENTRO Cidade: CONDADO UF: PE Telefone: 93905194
Acompanhante: OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Act. Colisão com Outro Veículo Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
PROX AO CEMETERIO EM CONDADO

Procedência: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: SAMU

AValiação da Enfermagem / Acolhimento

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
P Dor Local MSD

- () Queixa urinária
() Sangramento. Loc.

Outras queixas: Acidente de trânsito / lesões contusas na face

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Brônquica () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () A.V.C.
() Outros:
() Uso de medicamentos:

Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____ rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar _____ mg/dl

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
() Pediatria
(X) Cirurgião
() Ortopedista
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros

Classificação

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Ana Cláudia A. de Araújo
COREN-PE 61196-ENF

Ass. Enfermagem

AValiação Médica

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Lesão sobre o acidente de trânsito

Exame Físico: Peso _____ kg

lesão na face + fratura do antebraço

Apótese diagnóstica / conduta

lesão na face + fratura do antebraço

Código de Atendimento:

CID 10:

* NOTIFICADO

0401010058-225

040101002



Continuação ...

4 Josepse
5 Inten de quitação de juv
6 Anos Ombro.

Ata a cargo
A ortofoneia

Dr. Antonio Roberto de A. Medeiros
Médico Cirurgião Geral
CREMEPE/23138-S

Ortopedia. ⇒ Pac. vítima de acidente motociclístico q/ trauma
em art. (D). com edema e deformidade local.
s/att. neurovascular R. x CI frnt. Colheita:
col: Imobiliz.

Transferido p/ serviço de referência p/
TTº cirúrgico.

resp. Miguel Amas

Dr. Francisco Guedes de S. Neto
Ortopedia - Traumatologia - Cir. Ombro
CRM-PB 6371 / CRM-RJ 45584 / REC 10265

Evolução Enfermagem

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

Médico - CRM

Hospital:

Miguel Amas

Senha:

5400216

Cadastramento: 07/04/2018 09:48:16 CICERA

Impressão: 07/04/2018 09:52:41 CICERA



ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018



XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Sumy Condado
Hosp Miguel Arraes
Sala 5100-216

Guia de Esclarecimento

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

REGIÃO: XII GERES

Sexo: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Idade: _____ horas do dia _____ de _____ de _____

Principais queixas: _____

Doença de início atual: _____

Antecedentes pessoais: _____

Exame físico: _____

Exames complementares: _____

Tratamento em uso: _____

Referência a (o): _____

Assinatura: _____

Observação: observação clínica por _____ horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar

Sar de 11:20h



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JONAS DA SILVA PEREIRA REG: 113877

IDADE: _____

SEXO: _____

DATA DA ADMISSÃO 7/4/2018

DATA DA ALTA 29/04/18

DIAGNÓSTICO:

Fratura humeral de Galvezzi Direita

TRATAMENTO REALIZADO:

- Osteossíntese com Placa BCP 3,5mm + Parafuso Interlock

ORIENTAÇÃO:

- tomar Medicação
- usar curativo
- retornar ao acompanhamento em 15 dias

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO

SIM ☒ NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018


João Bonifácio C. Neto
Ortopedista e Traumatologista
CRM 113877

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431569	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431569	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº Prontuário
		113877

5 - Nome do Paciente	6 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Étnia
JONAS DA SILVA PEREIRA	28/02/1996	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
7 - Cartão Nacional do SUS	12 - Telefone de Contato			
700500397257554	8193905194			
11 - Nome da Mãe	14 - Telefone de Contato			
CRISTIANE MARIA DA SILVA				
13 - Nome Responsável				
DANIELE DE ABREU				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
LOTEAMENTO JOSE DOURADO, 31 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
CONDADO	260460	PE	55940870	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos	
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO X CARRO. REFERE DOR E DEFORMIDADE EM 1/3 DISTAL DE RADIO DIREITO.	
ARUANA SEGUROS	
11 JUL 2018	

21 - Condições que justificam a internação
PACIENTE CIRURGICO
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FISICO E RAO X

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA DIAFISE DO RADIO DIREITO 1/3 DISTAL	S525	W019	

PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - Código do Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA		0408020598
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF
32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação
980016297085258		07/04/2018
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)		36 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente
19797		ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () Acidente de Trânsito	37 - () Acid. Trabalho Típico	38 - () Acid. Trabalho Trajetado	39 - CNPJ Seguradora
			40 - Nº Bônus
			41 - Série
			42 - CNPJ / Empresa
			43 - CNAE / Empresa
			44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO	
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E280000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH
261810159051-

Código do Laudo: 423487

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JONAS DA SILVA PEREIRA** Prontuário: 113877
Idade: 22a-1m 9d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 28/2/1996
Profissão: R.G.: 9441490 C.P.F.: 31 - CENTRO Telefone: CEP 55940970 - PE
Endereço: LOTEAMENTO JOSE DOURADO
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-15
Médico Internação: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número: Estado civil:
Telefone: Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 09/04/18 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Doença Aguda Clínica

Diagnóstico Principal..... Fratura humeral da Galhazzi

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento..... Procedimento 11 Perna AP 3,5 + Placas

REVISADO

CCIH-HMA

INTERCOMUNICAÇÃO

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

João Bosco B. C. Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 10.123

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

X. Pamela de Almeida
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

