



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 |
|-----------|--------------------|--|--------------------|
| 72018 006 | 03/12/2020 16:57 | <u>PROCESSO ADMINISTRATIVO UNIFICADO 1</u> | 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. 00615/00616 - carta_04 - INVALIDEZ



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 n° 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 OSTEOSÍTESE 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. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

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

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (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 sequela 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%

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 Lucilia Silveira de Medeiros
CRM 18295/PE
Clínica Micheli

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 16:57:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120316570593400000070605091>

Num. 72018006 - Pág. 2

Número do documento: 20120316570593400000070605091



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").

| | | |
|---------------------------|----------------|--------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima |
| | 102.194.534-54 | Jonatas da Silva Pereira |

| DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL | | | |
|--|--|----------------------------------|------------------|
| Nome completo Jonatas da Silva Pereira | CPF titular da conta 102.194.534-54 | Profissão Jucusion | Número 31 |
| Endereço lo. genk Mourado | Número 31 | Complemento | CEP 55900-000 |
| Bairro Centro | Estado PE | Telefone (DDD) (81) 3626-3773 | |
| Email Cassowaria.giama@gmail.com | | | |

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 | | | | | |
|--|--|---|--|--------------|-----|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 | | |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): [] BRADESCO (23) [] BANCO DO BRASIL (001) [] ITAÚ (341) [] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | | |
| AGÊNCIA Nº | CONTAS Nº | DVN | AGÊNCIA Nº | CONTAS Nº | DVN |
| 0714 | 013 | 68367 | 2 | | |
| (Informar dígito se existir) | | | (Informar dígito se existir) | | |
| CONTA CORRENTE (todos os bancos): BANCO Nome _____ NIBU _____ | | | | | |
| AGÊNCIA Nº | CONTAS Nº | DVN | AGÊNCIA Nº | CONTAS Nº | DVN |
| | | | | | |
| (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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Giama 11 de junho de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Jonatas 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 SEGURU.
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").

| | | |
|---------------------------|----------------|--------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima |
| | 102.194.534-54 | Jonatas da Silva Pereira |

| DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL | | | |
|--|--|----------------------------------|------------------|
| Nome completo Jonatas da Silva Pereira | CPF titular da conta 102.194.534-54 | Profissão Jucusion | Número 31 |
| Endereço lo. genk Mourado | Número 31 | Complemento | CEP 55900-000 |
| Bairro Centro | Estado PE | Telefone (DDD) (81) 3626-3773 | |
| Email Cassowaria.giama@gmail.com | | | |

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 | | | | | |
|---|--|---|--|---|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 | | |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | | |
| CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (231) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | | |
| AGÊNCIA Nº: 0714 | CONTA Nº: 013 | DVN: 68367 | DVN: 2 | CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ Número _____ | DVN _____ |
| (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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Giama 11 de junho de 2018 ARUANA SEGUROS
Local e Data 11 JUL 2018

Jonatas 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 SEGURU.
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").

| | | |
|---------------------------|----------------|--------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima |
| | 102.194.534-54 | Jonatas da Silva Pereira |

| DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL | | | |
|--|--|----------------------------------|------------------|
| Nome completo Jonatas da Silva Pereira | CPF titular da conta 102.194.534-54 | Profissão Jucusion | Número 31 |
| Endereço lo. genk Mourado | Número 31 | Complemento | CEP 55900-000 |
| Bairro Centro | Estado PE | Telefone (DDD) (81) 3626-3773 | |
| Email Cassowaria.giama@gmail.com | | | |

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 | | | | | |
|--|--|---|--|--------------|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 | | |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): [] BRADESCO (23) [] BANCO DO BRASIL (001) [] ITAÚ (341) [] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | | |
| AGÊNCIA Nº | CONTAS Nº | DV | AGÊNCIA Nº | CONTAS Nº | DV |
| 0714 | 013 | 68367 | 2 | | |
| (Informar dígito se existir) | | | (Informar dígito se existir) | | |
| CONTA CORRENTE (todos os bancos): BANCO Nome _____ NIBU _____ | | | | | |
| AGÊNCIA Nº | CONTAS Nº | DV | AGÊNCIA Nº | CONTAS Nº | DV |
| | | | | | |
| (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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Giama 11 de junho de 2018 ARUANA SEGUROS
Local e Data 11 JUL 2018

Jonatas 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 SEGURU.
11 JUL 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 053ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP53ª CIRC
 DINTER1/11º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18 E0143000391

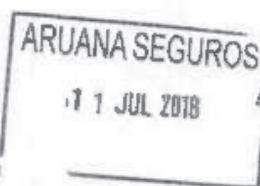
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/04/2018 às 16:03

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 7/4/2018 às 08:45

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/A AGENTE)
 IVANILDO JOSE DA SILVA (OUTRO)
 JONAS DA SILVA PEREIRA (VITIMA)
 ALEXSANDRO ALVES DA SILVA (VITIMA)



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): CONDADO - DESCONHECIDO

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

IVANILDO JOSE 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 M&F: CRISTIANE MARIA DA SILVA Pat: JORGE SERAFIM PEREIRA Data de Nascimento: 26/2/1996 Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9441490506/PE (RG) 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 M&F: AURINETE DAMIANA DA SILVA Pat: CARLINDO ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 4/8/1981 Naturalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6420122/SDS/PE (RG), 00061607469 (CPF), 04024315571 (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 JOSE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXSANDRO ALVES DA SILVA
 Categoria/Marca/Modelo: CICLOMOTOR/SHINERAY/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDC7901 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: LXYXCBL03F0236703



Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência

Ano Fabricação/Modelo: 2014/2015

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) 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 VM EM TELA, QUANDO O PILOTO ALEXSANDRO LEVOU UM TRANCÃO DE UMA KOMBI NESTE MOMENTO O PILOTO PERDEU O CONTROLE E COLIDIU COM A TRASEIRA DO AUTOMÓVEL, TENDO O GARUPA 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 ARRAES 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
ALEXANDRO ALVES DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: THEOPHILO RODOLPHO DIAS NEVES FILHO - Matrícula: 350029-3

Condado

ARUANA SEGUROS

.11 JUL 2018





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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").

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Name Completo da Vítima <i>Jonatas da Silva Pereira</i> | CPF da Vítima <i>702.194.534-54</i> | Data do Acidente <i>01.04.18</i> |
|--|--|-------------------------------------|

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

| | |
|---|---|
| Nome completo do Representante Legal <i>Jonatas da Silva Pereira</i> | CPF do Representante legal <i>123.456.789-00</i> |
| Email <i>jonatas.silva.pereira@email.com.br</i> | Telefone (DDD) <i>(11) 98765-4321</i> |

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.

Geiana, 07 de junho de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

Jonatas da Silva Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DATE.001.V001/2017





SAMU
192

HORA DO CHAMADO: 09:00 H
CHEGADA AO LOCAL: 09:15 H
HORA DA CONCLUSÃO: 10:10 H
CHEGADA A BASE: 10:00 H

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA DA SOLICITAÇÃO: 17/04/18

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

TRAUMA

NÚMERO DA OCORRÊNCIA: 5460681
VIATURA: UTI

BÁSICA

TIPO / LOCAL DE OCORRÊNCIA

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

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: JONAS DASILVA FERREIRA IDADE: 22 ANOS
SEXO: M () F () PROFISSÃO: _____ FONE: 993905184
ENDERECO RESIDENCIAL: R 6062 BAIRRO: CONDADO
NOME DO SOLICITANTE: DAVIÉLA FONE: _____
ENDERECO DA OCORRÊNCIA: ACIMA BAIRRO: CEMITÉRIO
REFERÊNCIA: Praça Cemitério

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ÔNIBUS: () CAMINHÃO: () CARRO DE PASSEIO: () MOTOCICLETA () PLACA: _____
ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()
AUTOMÓVEL (COLISÃO): 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. _____ METROS () Queda da Própria Altura

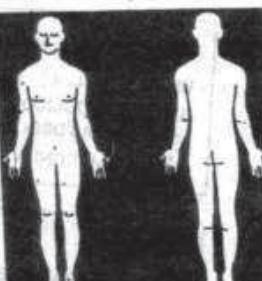
AGRESSÕES: () POR ARMA DE FOGO / TIPO: _____ () ARMA BRANCA / TIPO: _____

AGRESSÃO SEXUAL () MAUS TRATOS () OUTROS () CITAR: _____

MECANISMO DO TRAUMA: () IMPACTO FRONTAL () IMPACTO LATERAL () IMPACTO TRASEIRO () EJEÇÃO () CAPOTAMENTO

ARUANA SEGUR

11 JUL 2018



CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: Dor de dor no lado esquerdo da moto + trauma
Tensão muscular forte + Fractura de rádio em
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO CONHECIDA: MMSD. Lesão da Perna. H/13 dias
do Traumatismo P/ H M S

RN: 25 - 50
< 1 ANO: 90 - 50
Criança: 20 - 30
Adulto: 12 - 20

AVALIAÇÃO CLÍNICA

VIA AÉREAS FR: / /
DISPNEIA S () N () TIRAGEM INTERCOSTAL: S () N () GLICEMIA (HGT) 112
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS S () N () SÍBOLOS EXPIRATÓRIOS: S () N () BAN: S () N () TEMP: 36,1
AGITAÇÃO PSICOMOTOR: S () N () LESÕES DE FACE: S () N () RETRAÇÃO XIFÓIDE: S () N ()
DEFORMAÇÃO DO TÓRAX: S () N () OGMIDO/ESTRIDOR: S () N () DIST. FALA/CHORO: S () N ()
CIRCULAÇÃO PA: 150 x 20 PERFUSÃO PERIFÉRIA: BOA () INSATISFAÇÃO () PULSO: 86
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
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA: ALERTA () RESPOSTA VERBAL () RESPOSTA AO ESTÍMULO DOLOROSO () IRRESPONSIVO ()

ESCALA DE GLASGOW
ABERTURA OCULAR
Abertura ocular espontânea
Abertura ocular à voz
Abertura ocular à dor
Sem abertura ocular

RESPOSTA VERBAL
4 Orientado
3 Confuso
2 Resposta inapropriada
1 Sona ininteligíveis
Sem resposta verbal.

RESPOSTA MOTORA
6 Obedece comando
5 Localiza estímulo doloroso
4 Retirada ao estímulo doloroso
3 Flexão anormal (descorticado)
2 Extensão anormal (descerebrado)
1 Sem resposta motora

TOTAL PONTOS
15

SINAIS DE DISFUNÇÃO CEREBRAL: DEFÍCIT MOTOR () DESVIO DE COMISSURA LABIAL () DIFÍCULDADE NA FALA ()
AVALIAÇÃO DAS PUPILAS: ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIASE () MIOSIS ()

NATUREZA DA LESÃO

PRESença de sangramento externo: S () N ()

LESÕES INTRA-TORÁCICA: 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 ()

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: S () N ()

OXIGÉNIO: CATÉTER () VERTURI () CPAP ()

INFUSÃO DE FLUIDOS: S () N ()

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

OUTRAS CONDUTAS: PUNÇÃO DE VENAS

ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: S () N ()

SÍSESE P/ VIDA P/ FERI

VENTILAÇÃO MECÂNICA: MODALIDADE: FIO2:

INT

REGISTRO: 113877

USOU ÁLCOOL: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS ()
HÁBITO ALCOÓLICO () ALTERAÇÃO NA MARCHA () SONOLENCIA
USOU OUTRAS DROGAS: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS
LOLÔ () MACONHA () COLA () COCAÍNA () CRACK () LANÇO

ATENDIMENTO: 423487

PACIENTE: JONAS DA SILVA PEREIRA

NASCIMENTO: 28/2/1996 IDADE: 22

SEXO: MASCULINO

MÃE: CRISTIANE MARIA DA SILVA

ENDERECO: LOTEAMENTO JOSE DOURADO: NÚMERO: 31

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: CONDADO

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: HMO

REGISTRO NO HOSPITAL: 113877

MÉDICO QUE RECEBEU:

ASSINATURA: *Jean Basílio Freire*

Ortopedia - Traumatologia

CRM-PE 26.550

ORIENTAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO: S () N ()

ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO: 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: *Thiago*SOCORRISTA: *Thiago*MOTORISTA: *Thiago*OPERADOR DE FOTO: *Thiago*ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: *Thiago*

Exoneração de Responsabilidade

O subscrito certifica que a pessoa recusa atendimento contra orientação médica

Data: 11/11/2018

Assinatura: *Thiago*

11 JUL 2018

Scanned by CamScanner



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JÓA D. DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-802
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

Ouvintes: 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

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO JOSE DOURADO 31

CONDADO CONDADO
55940-000 CONDADO 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

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

0000876467

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

EA89.3224.08AA.9744.EBB1.5EB7.C9F2.2DC7

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|--|------------|------------|---------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 30,00 | 0,24698585 | 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 IMPÔSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPÔSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPÔSTO |
| 82,58 | 25,00 | 20,64 | 82,58 | 0,64 | 0,52 | 82,58 | 2,98 | 2,46 |

EM ATÉ 10 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

| Vencido | De R\$ | Valor |
|----------|----------|-------|
| 25/09/18 | 19/10/18 | 50,43 |

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 os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de negócios de crédito SPC e SERASA.

| Tarifas Aplicadas | HISTÓRICO DO CONSUMO | | | | | | | |
|--|----------------------|------------------|-----------------|------|------------------|-----------------|------|------------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 0,17525450 kWh | | | | | | | |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 0,36222560 kWh | | | | | | | |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,45333980 kWh | | | | | | | |
| TOTAL DA FATURA | 100,14 kWh | | | | | | | |
| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | | | | | | | | |
| ICMS | R\$ % | | | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPÔSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPÔSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPÔSTO |
| 82,58 | 25,00 | 20,64 | 82,58 | 0,64 | 0,52 | 82,58 | 2,98 | 2,46 |

| DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | |
|--|----------|---------------|-------------|------------|---------------------|
| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
| DIC-No de horas sem Energia | CONDADO | 1,43 | 6,67 | 11,34 | 22,68 |
| FIC-No de vezes sem Energia | | 1,00 | 3,38 | 6,72 | 13,45 |
| DMC-Duração máxima de Interrupção contínua | | 1,43 | 3,28 | 0,00 | 0,00 |
| DIICR-Duração de Interrupção em dia crítico | | | | | Límite DIICR: 12,22 |
| EUBO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 27,41 | | | | | |
| Todos consumidores possuem direito à apuração das indicações DIC, FIC, DMC e DIICR a qualquer momento. | | | | | |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | |
|--|------------------|------------|-----------|------------|-----------|
| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FURCAÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | LEITURA | MÉDIA |
| | | DATA | LEITURA | | |
| MC30728 | CAT | 18/09/2018 | 17.243,00 | 18/10/2018 | 17.403,00 |
| | | | | 31 | 1.00000 |
| | | | | 0,00 | 160,00 |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/11/2018

| NÍVEIS 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 o cartão de leitura.
Este cartão será usado em leitora ótica.



05/11/2018

2a Via de Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50005-002
CNPJ 10.835.952/0001-08
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

MELICIO DA COSTA LEITE NETO
CPF: 214.938.474-49

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO DE CAIXAS 170 D
CENTRO/GOIANA
55800-000 GOIANA PE

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

2091321578

Nº DA INSTALAÇÃO

0804089431

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

Trifásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

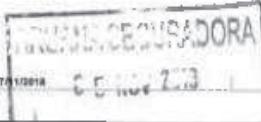
| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) | EN ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE. | | |
|--|------------|------------------|-----------------|--|------------------|-----------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 288,00 | 0,73085066 | 208,97 | Vencida | Di. Reta | Valor |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA | | | 20,03 | 20/10/18 | 15/10/18 | 236,45 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 25,45 | | | |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 022840952-05/07/18 | | | 1,51 | | | |
| 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-MF 026526402 - 06/08/18 | | | 1,52 | | | |
| Doação APAE - 0800 722 2723 | | | 10,00 | | | |
| TOTAL DA FATURA | | | 275,47 | | | |
| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | | | | | | |
| ICMS | PIS | COFINS | | | | |
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPÔSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPÔSTO | BASE DE CÁLCULO |
| 228,00 | 25,08 | 57,25 | 229,00 | 0,84 | 1,46 | 229,00 |
| | | | | | | 2,98 |
| | | | | | | 6,82 |

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO | CÓNJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
|--|----------|---------------|-------------|------------|--------------------|
| | | ago/2018 | | | |
| DIC-Máx hora sem Energia | GOIANA | 0,00 | 4,95 | 1,94 | 19,82 |
| FIC-No dia vazio sem Energia | | 0,00 | 9,23 | 4,47 | 42,85 |
| DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua | | 0,00 | 2,77 | 0,00 | 0,00 |
| DMCI-Duração de Interrupção em dia útil | | | | | Límite DICR: 12,22 |
| EUBD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 78,74 | | | | | |
| Todo Consumidor pode acionar a suspensão das Indicadores DIC, FIC, DMIC e DMCI e qualquer tempo. | | | | | |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | Nº DÍAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|-------------------|----------------|----------------------|----------------------|---------|-----------|--------|-------------|
| 0000000001000065 | CAT | 04/09/2018 44.366,00 | 05/10/2018 44.342,00 | 31 | 1.00000 | 0,00 | 208,00 |



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e ag correio goianinha: praça duque de caxias centro / comercial goianense de drogas: rua trapiche do meio no 32
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações ent www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando houver violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso, gera multa 2% (Res4/14/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando houver 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.

NÍVEIS DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |
|-------------------|-----------------------|
| 220 | 202 |
| MÍNIMO | MÁXIMO |
| 380 | 350 |

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTACQUE 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

http://autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUECS_D~home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfa... 1/1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 16:57:06

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120316570593400000070605091>

Número do documento: 20120316570593400000070605091

Num. 72018006 - Pág. 15



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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pela 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José 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 Lider-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 Drague de Caixias</u> | Número <u>170</u> | Complemento <u>B</u> |
| Bairro <u>Limoeiro</u> | Cidade <u>Goiana</u> | Estado <u>PE</u> CEP <u>55900-000</u> |
| Email <u>Assessoria.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 do Declarante

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018





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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pela 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José 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 Lider-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 Drague de Caixias</u> | Número <u>170</u> | Complemento <u>B</u> |
| Bairro <u>Limoeiro</u> | Cidade <u>Goiana</u> | Estado <u>PE</u> CEP <u>55900-000</u> |
| Email <u>Assessoria.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 do Declarante

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivanildo José 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. José 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 Yomas da Silva Ferreira cujo o condutor era Alexsandro Alves da Silva.

Veículo: Octomotor

Modelo: Gmray X1 502

Ano: 2014/2015

Placa: PDE-4901

Chassi: LXYXEBL03F230403

Data do Acidente: 04/04/2018

Local e Data: CONDADO-PE, 26/04/2018

Ivanildo José 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 FÉ. Condado, 26/04/2018 em test^o da verdade Luis Alves da Silva Nascimento- Escrivão Substituto Emol. R\$ 3,43 TNSR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,16
Selo: 0077636.XAL03201802.04929 26/04/2018 15:28:10
Consulta autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://tjpe.jus.br/seledigital)

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

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ALEXSANDRO ALVES DA SILVA DOU FÉ. Condado, 26/04/2018 em test^o da verdade Luis Alves da Silva Nascimento- Escrivão Substituto Emol. R\$ 3,43 TNSR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,16
Selo: 0077636.ZVW03201801.00432 26/04/2018 15:28:10
Consulta autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://tjpe.jus.br/seledigital)



Dr. Maurício César Leal

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia de Mão

CREMEPE 10396

JONAS DA SILVA PEREIRA

Paciente VÍTIMA de Fratura
do Rádio distal C/ DESVIO. P/ Corte
Submucoso g estenóstea C/ Placa +
Parafuso. Talante C/ hiperplasia
de fisiopatia (4º semest). P/ Corte
Vítima de Fratura Capitata do Rádio
C/ déficit de PRONO-SUPINAÇÃO +
déficit de FLEX-ESTENÃO do Rádio +
Dor Crônica. Paciente apresenta C/
Sicca Funcional de Mão Scol.

26/10/2018

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 Miguel
 HOSPITAL BELARMINO CORREIA 5400216.

HBC

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

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:

29892 JONAS DA SILVA PEREIRA

Nascimento: 28/02/1996 Idade: 22

Sexo: Masculino

Registro SUS

700500397257554

Estado Civil: Solteiro(a)

Profissão: SEGURANÇA

Naturalidade: CONDADO

Cor: Parda

Documento de Identidade

JÓRGE DA SILVA PEREIRA

Nacionalidade: BR

8441490

Filiação:

CRISTINA MARIA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc.): LOTEAMENTO JOSE DOURADO N°31

Complemento: CASA

Bairro: CENTRO

Cidade: CONDADO

UF: PE

Acompanhante

Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO
PRÓX AO CEMENTERIO EM CONDADO

- Act. Colisão com Outro Veículo

Acidente de Trabalho: Sim Não

Procedência: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: SAMU

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosses _____
 () 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 / festejamento na praça

Encaminhamentos

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

Antecedentes Mórbidos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
 () Tubercolose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () AVC

() Outros: _____

() Uso de medicamentos: _____

NOTIFICADO
EPIDEMIOLOGIA/HBC

Classificação

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

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

Sinais Vitais

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

Exames Diagnósticos auxiliares

() Glicemia Capilar _____ mg/dl

AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Pele sobre de acidente de trânsito

Exame Físico: Peso _____ kg

pele molhada na pele + fratura do antebraço D

Hipótese diagnóstica / conduta

pele molhada na pele + Fratura do antebraço D

Código de Atendimento:

CID 10:

0402020058-225

040202002

* Nota fiscal



Continuação ...

- Josepse
- Futebol de anelha à fer
- Anti-Susto.

Alta de Ortopedia
A ortopedia

Dr. Antonio Neto
Médico Ortopedista Geral
CRM-PE 23140-S
CREMEPE 23140-S

ortopedia. → Pac. vítima de acidente motociclistico gl/trauma
em outubro. (D). São edema e hematomas lumbosacrais.
s/att. neurosuscurs. R + c/ fract. Coluna:
col: Imobiliz.

Transferido p/ serviço de referência p/
T.Tº cirúrgico.

Hosp. Miguel Arraes

Dr. Francisco Guedes da S. Neto
Ortopedia - Traumatologia - Cr. Olho
CRM-PB 6371 / CRM-RJ 1607 / CRM-SC 10288

Evolução Enfermagem

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

ALTA

| | |
|---------------|--|
| Data: | |
| Hora: | |
| Residência | |
| Internação | |
| Óbito | |
| Transferência | Hospital: Miguel Arraes Senha: 5400276 |

Médico - CRM

Cadastramento: 07/04/2018 09:48:18 CICERA

Impressão: 07/04/2018 09:52:41 CICERA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 16:57:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120316570593400000070605091>
Número do documento: 20120316570593400000070605091

Num. 72018006 - Pág. 21

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018



XII Gerência Regional de Saúde – XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Stevens Condado
Hosp. Miguel Arraes.
Santos 5100-216.

Guia de Esclarecimento

Unidade de Saúde:

HOSPITAL REGIONAL BÉLARMINO CORREIA DE GOIANA

REGIÃO : XII GERES

Sexo: Célio Estado Civil: Profissão:
Idade: horas do dia: de de

Principais sintomas:

Sintomas atuais:

Endereço:

Características:

Intervenção a (o): Francisco Cordeiro de Melo
CRM 38572 / Urologista / Urologista de do dia: de de 20

Ação:

Observação clínica por Francisco Cordeiro de Melo CRM 38572 / Urologista / Urologista de horas nesta ocasião e não houve indicação para tratamento hospitalar

Saída 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 09/04/18
DIAGNÓSTICO: _____

DIAGNÓSTICO: DATA DA ADMISSÃO 7/07/2018 DATA DA ALTA 7/07/2018
Franco Fuxadoz da Galvezzi

TRATAMENTO REALIZADO:

- Osteosarcoma can present as 3.5cm + Painful infiltration,

ORIENTAÇÃO:

- focus on Mission
 - Mission Driven
 - Be more specific about an 18 month

PROGRAMA APÓS ALTA:

/ʒəmɪn/

NÃO!

PROGRAMA APÓS ALTA: AMBULATÓRIO DE EGRESO

AMBULATORIO DE ESPRESSO SIMONE
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL

ARUANA SEGUROS

1 JUL 2018

ASSINATURA DO MÉDICO, FARMACÊUTICO E CRM

Scanned with CamScanner



SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

2 - CNES

6431569

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

4 - CNES

6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente

JONAS DA SILVA PEREIRA

6 - Nº Prontuário

113877

7 - Cartão Nacional do SUS

700500397257554

8 - Data de Nascimento

28/02/1996

9 - Sexo

Masculino

Feminino

10 - Raça Cor

03 - Parda

10.1 - Étnia

0000 - Não Se Aplica

11 - Nome da Mãe

CRISTIANE MARIA DA SILVA

12 - Telefone de Contato

8193905194

13 - Nome Responsável

DANIELE DE ABREU

14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Rue, N°, Bairro)

LOTEAMENTO JOSE DOURADO, 31 - CENTRO

17 - IBGE

18 - UF

19 - CEP

16 - Município

CONDADO

260450

PE

55940970

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

INTERNA VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO X CARRO. REFERE DOR E DEFORMIDADE EM 1/3 DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

21 - Condições que justificam a Internação
PACIENTE CIRÚRGICO22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FÍSICO E RAIO X

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO DIREITO 1/3 DISTAL

24 - CID 10 Principal

S525

25 - CID 10 Secundário

W019

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISARIA DISTAL DO RÁDIO E UMLA

28 - Código do Procedimento

0408020598

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016297085268

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

33 - Data da Solicitação

07/04/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Jan Bustorff Freire

Ortopedia Traumatologia

CRM PE 35.450

19797

28 - Código do Procedimento

36 - () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Série

37 - () Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

E260000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar

47 - Documento

48 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

(X) CNS () CPF

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)

Intensivista CRM 1420

Medicina Intensiva CRM 1420

CRM 1420

AIH

261810159051-

Código do Laudo: 423487

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JONAS DA SILVA PEREIRA**
Idade: 22a 1m 9d Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO
Escolaridade:

Prontuário: 113877
Data de Nascimento: 28/2/1996

Profissão: **ESTUDANTE**
R.G.: 9441490 C.P.F.:
Endereço: LOTEAMENTO JOSE DOURADO

CEP 55940970
- CONDADO - PE

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO

Telefone:

, 31 - CENTRO

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 8/4/2018 02:52

Plano: GERAL

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-15
Médico Internação: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Telefone:

Cidade:

R.G.:

C.P.F.:

- Número:

Estado civil:

Data da Alta: 09/04/18

Hora da Alta: _____ :

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Bosco George Clinton

Diagnóstico Principal.....: Fraqueza hexagonal da Galvezia direita

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: Ressecção C1 Perna Del 3,5 + Parafuso

REVISADO

CCCH-HMA

Intervencionismo

João Bosco B. C. Melo
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 10274

Médico e CRM:

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018

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, anestesias, 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 _____

N. Paula de Oliveira et al.
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

