

SINISTRO 3200296675 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

CPF/CNPJ: 09805929418

Posição em 09-11-2020 14:16:57

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médica-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/08/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
22/08/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 11/11/2020 15:19:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115194140600000069481783>
Número do documento: 20111115194140600000069481783

Num. 70865601 - Pág. 1



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 3

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, p determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jiliardi de Oliveira Cruz

inscrito (a) no CPF/CNPJ 098.059.294/18, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
inscrito (a) no CPF sob o Nº 098.059.294/18

do sinistro de DPVAT cobertura 320096675 da Vítima _____

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
E-mail:	Tel.(DDD):	

Local e Data: _____

Jiliardi de Oliveira Cruz
Assinatura do Declarante



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Silvandi de Oliveira Cruz</u>	brasileiro(a),
estado civil	<u>Solteiro</u>	CI RG nº
	<u>81.100.164</u>	CPF/MF nº <u>098.059.294-18</u> residente e domiciliado(a)
à Rua	<u>Desembargador Eunice Boratto</u>	Cidade de
	<u>Recife / PE</u>	Estado <u>Pernambuco</u> CEP:
	<u>50.060-270</u>	telefone _____

OUTORGADO:	<u>Romicedes Silvestre Tome</u>	CNPJ/CPF <u>010.130.054-90</u>
sob o n.º	<u>35.564.984/0001-18</u>	com endereço profissional à
	<u>Rua AV Mario Millo</u>	, na cidade de _____
		Estado do _____.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Recife, 22 de Setembro de 2020.

Silvandi de Oliveira Cruz
OUTORGANTE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3200296675	3 - CPF da vítima:	098.059.294-18
4 - Nome completo da vítima:	Juliardi de Oliveira Cruz		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	Juliardi de Oliveira Cruz		
6 - CPF:	098.059.294-18		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	Rua Desembargador Lumba Barreto	12 - Cidade:	RECIFE
13 - Estado:	PE	14 - CEP:	50.060-270
15 - E-mail:	PESSOAATMENDREGADORE@hotmail.com		
16 - Tel. (DDD): 98406-5239			

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valer nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Juliardi de Oliveira Cruz

Romicedes Silvestre Tome

TESTEMUNHAS

Natura do Representante Legal (se for menor de 16 anos)

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 11/11/2020 15:19:41

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115194140600000069481783

Número do documento: 20111115194140600000069481783

Num. 70865601 - Pág. 4

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
----	--	---

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. Necessário reconhecer firma da assinatura.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTESMUNHAS

38	1 ^a testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1 ^a testemunha.
39	2 ^a testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2 ^a testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTESMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte, sem necessidade de reconhecimento de firma das assinaturas; e para beneficiários/vítimas não alfabetizados sendo, neste caso, necessário o reconhecimento de firma das assinaturas das testemunhas.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

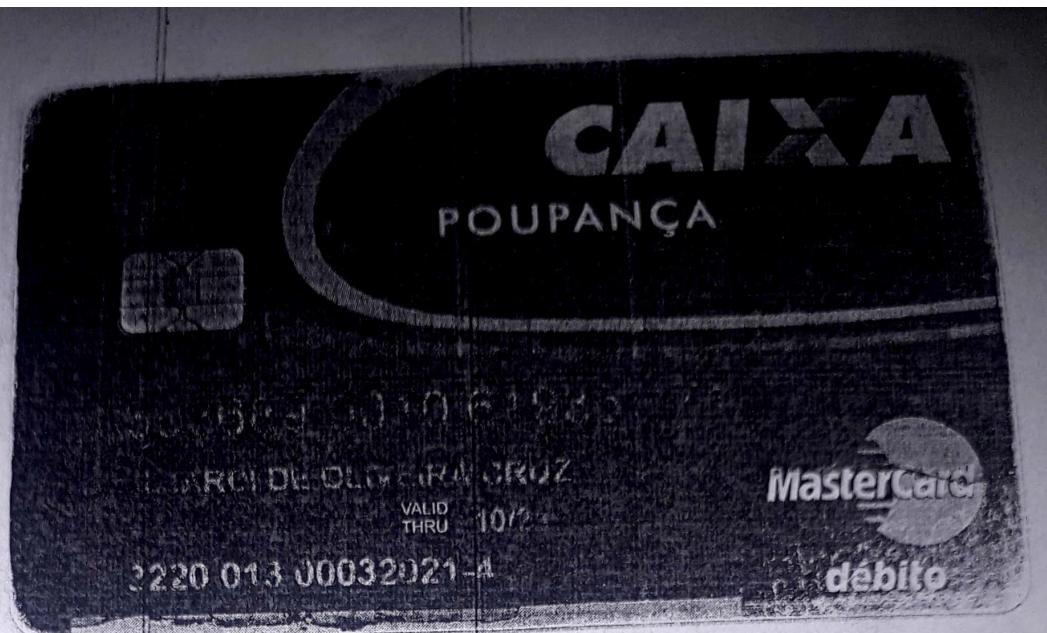
Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 11/11/2020 15:19:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115194140600000069481783>
 Número do documento: 20111115194140600000069481783

Num. 70865601 - Pág. 5



Atendimento: 1575877
Data e Hora: 04/01/2020 15:37

Senha da Classificação:

Paciente: 321303 JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/07/1990 Idade: 29 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE OLIVEIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: NANTES

22

Bairro: SAO JOSE

Cidade/UF: RECIFE

PE Cep: 50090640

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 88178235

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Doença em avanço e não (c) 45-0101 por
osteoporose por que a dor de cintura

Exame Físico

Exame de escopos,

Hipótese Diagnóstico

osteoporose (c) 030106010-0

Conduta Terapêutica

Exames (c) cintura

Prescrição Médica

Dieta co Lino mafra (c) 100g
mais leite de cestaria
Ortodoxia 100g de 66h
Cortocortisol 100g f 100g 550g de 12/12h
de 800g pessoas. (c) 100g

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: MRA - ORTOPEDIA

Senha: 5852762

Carimbo Médico

Dr. Ayton Ferrez
Médico Fisiologista
CRM/PE 23800



1575877



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/01/2020 17:38

Nome Paciente:	JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
Cód. Paciente:	321303
Data de Nascimento:	20/07/1990
Sexo:	Masculino
Idade:	29 anos
Senha:	0200
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 05/01/2020 17:39 - 05/01/2020 17:39

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃOPrioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**Cor: **AMARELO**Queixa Principal: **TRAUMA EM MSD**Observação: **RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO**Fluxograma sintoma: **TRAUMA**Discriminador(es): **- DOR MODERADA (4 - 7/10)**Especialidade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA****Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)****Data Impressão: 05/01/2020 17:39**

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizado com CamScanner

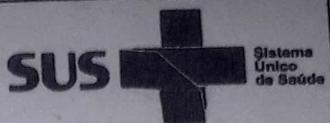


Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 11/11/2020 15:19:42
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115194192000000069481777>
Número do documento: 20111115194192000000069481777

Num. 70865595 - Pág. 2



Centro de Saúde de Olinda
Número: 3431.6782



Receituário:

Requisição nº.:

Nome:

Silviano de o. o.
CB02

Endereço:

Mat.:

Data de Nascimento:

Tristeza
de suster
faz gesta da des-
fida a et.

ta:

3830

Dr. Marcelo Lins
Trauma - Ortopedia
CRM: 10.599

Médico - CRM



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 11/11/2020 15:19:42
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115194192000000069481777>
Número do documento: 20111115194192000000069481777

Digitalizado com CamScanner

Num. 70865595 - Pág. 3



Secretaria de Saúde
Centro de Reabilitação da Cidade
fone: 3431.6788



Receituário:

Requisição nº.:

Nome:

Endereço:

Mat.:

Data de Nascimento:

*Olinda
Pernambuco
Praia de Iracema
fim de tarde*

*Dr. Mamede Lins
Trauma - Ortopedia
CRM - 10.969*

ta: *31830*

Médico - CRM



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 11/11/2020 15:19:42
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115194192000000069481777>
Número do documento: 20111115194192000000069481777

Digitalizado com CamScanner

Num. 70865595 - Pág. 4

Atendimento: 1576364
Data e Hora: 05/01/2020 17:44

Senha: _____

Identificação: _____

Paciente: 321303 JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/07/1990 Idade: 29 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE OLIVEIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: NANTES

22

Bairro: SAO JOSE

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50090640

Usuário Atendimento: ALEXSANDRACA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 86178235

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: _____

Carimbo/Médico

10:00
note
atendee! 1576364

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 04/01/2020 15:18

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente:	JULIARD DE OLIVEIRA CRUZ
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	29
Senha:	0228
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 04/01/2020 15:27 - 04/01/2020 15:28

EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: **TRAUMA EM MÃO E HJ**
ATROPELAMENTO

Observação: **ALERGIA - BUSCOPAM**

Fluxograma sintoma: **TRAUMA**

Discriminador(es): **- DOR MODERADA (4 - 7/10)**

Especialidade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

Acolhido(a) por: EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/01/2020 15:28

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 11/11/2020 15:19:42
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115194192000000069481777>
Número do documento: 20111115194192000000069481777

Num. 70865595 - Pág. 6

PESSOA TOMÉ

ADVOGADOS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviço de Natureza Jurídica, que entre si fazem, de um lado o **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**, brasileiro, solteiro, portador(a) da cédula de identidade com nº.: 8.100.164 SDS/PE, inscrito(a) sob o CPF.: 098.059.294-18, residente e domiciliado(a) à Rua Desembargador Cunha Barreto, Nº 42, Casa, Boa Vista, Recife/PE, CEP: 50.060-270 e do outro lado o Dr. **ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº.: 35.432-D, inscrito no CPF 010.130.054-90, pertencente a **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18, ambos com endereço profissional à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: pessoatomeadvogados@hotmail.com, telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

CLÁUSULA PRIMEIRA - O presente contrato tem como objeto a prestação de serviço de Natureza administrativa e jurídica.

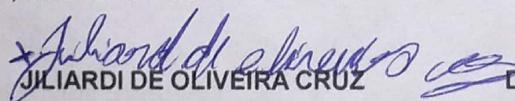
CLÁUSULA SEGUNDA - A prestação do referido serviço se detém à participação do advogado nos seguintes atos: Acompanhamento da ação até o pronunciamento da decisão monocrática em 1^a instância e na 2^a instância, sendo está ultima acrescida de honorários no importe de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), sem prejuízo da fixação do percentual de 30% e dos honorários sucumbênciais.

CLÁUSULA TERCEIRA - Caso tenham o interesse de desistir do referido contrato, ambas as partes terão que avisar com antecedência mínima de 30 dias, tomando por base a data da celebração do respectivo contrato por tempo determinado, devendo ser pago todos os serviços até então realizados de acordo com o que foi determinado entre os contratantes. Caso haja o descumprimento desta cláusula, a parte que lhe deu causa pagará o equivalente a 05 (cinco) salários mínimos.

CLÁUSULA QUARTA - Tendo em vista o risco da demanda e todo o trabalho realizado pelos **CONTRATADOS**, ainda autoriza o(a) **OUTORGANTE** a retenção do percentual de 30% (trinta por cento), seja na via administrativa ou judicial, calculados sobre os valores a serem expedidos em alvará em seu nome, o que inclui toda e qualquer vantagem financeira auferida, **independente da fixação de honorários sucumbênciais**, a serem expedidos em favor da **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18 e localizada à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: pessoatomeadvogados@hotmail.com.

E, por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento, em 02 (duas vias) de igual teor e forma, o qual de agora em diante passará a vigorar.

Recife, 22 de setembro de 2020.


JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
CONTRATANTE


DR. ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ
CONTRATADO

TESTEMUNHA 1: _____

TESTEMUNHA 2: _____

TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, situada em:

"Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 02, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE".

E-mail: pessoatomeadvogados@hotmail.com, Telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.



PESSOA TOMÉ

ADVOGADOS

PROCURAÇÃO AD JUDICIA E ET EXTRA

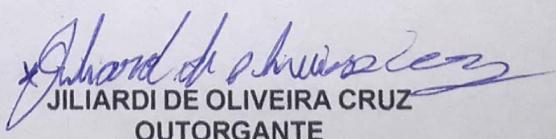
OUTORGANTE: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ, brasileiro, solteiro, portador(a) da cédula de identidade com nº.: 8.100.164 SDS/PE, inscrito(a) sob o CPF.: 098.059.294-18, residente e domiciliado(a) à Rua Desembargador Cunha Barreto, Nº 42, Casa, Boa Vista, Recife/PE, CEP: 50.060-270.

OUTORGADOS: ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº.: 35.432-D, inscrito no CPF 010.130.054-90, pertencente a **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18, ambos com endereço profissional à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: pessoatomeadvogados@hotmail.com, telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

PODERES: O presente mandato tem por finalidade conferir aos outorgados os poderes para o foro em geral, com as cláusulas *"ad judicia e et extra"* em qualquer juízo ou tribunal, para atuar e acompanhar o processo até a decisão final, inclusive utilizando os recursos legais, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para desistir, receber, dar quitação, bem como receber alvará judicial, reconhecer a procedência do pedido, transigir, firmar acordo e compromisso, requerer, solicitar e retirar documentos em qualquer repartição ou órgão público, agindo em conjunto ou separadamente, impetrar quaisquer medidas judiciais para defender os interesses do(s) Outorgante(s), inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes aqui outorgados. Ainda conferindo **PODERES ESPECIAIS** para interpor recursos às instâncias superiores, tomar informações necessárias a concretização do(s) direito(s) do(s) outorgante(s), praticar e recorrer a todos os meios necessários ao fiel cumprimento do presente mandato, poderes ainda de levantar e receber alvará.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO: Tendo em vista o risco da demanda e todo o trabalho realizado pelos **CONTRATADOS**, ainda autoriza o(a) **OUTORGANTE** a retenção do percentual de 30% (trinta por cento), seja na via administrativa ou judicial, calculados sobre os valores a serem expedidos em alvará em seu nome, o que inclui toda e qualquer vantagem financeira auferida por este, **independente da fixação de honorários sucumbênciais**, a serem expedidos em favor da **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18 e localizada à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: pessoatomeadvogados@hotmail.com.

Recife, 22 de setembro de 2020



JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
OUTORGANTE

TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, situada em:

"Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 02, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE".

E-mail: pessoatomeadvogados@hotmail.com, Telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **20E0114000098**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/01/2020** às **13:43**

ROUBO A TRANSEUNTE - Deloso (Consumado) que aconteceu no dia **4/1/2020** às **01:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1001** - Bairro: **PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **52221-350** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO CENTRO DA MODA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR \ AGENTE)
DESCONHECIDO 2 (SUSPEITO)
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

CELULAR: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DE OLIVEIRA** Pai: **ABELARDO JOSE VALERIANO CRUZ** Data de Nascimento: **20/7/1990** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8100164/SDS/PE (RG) 09805929418 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO (OUTROS)** Telefones Celulares: **- 81 986178235**

Endereço Residencial: **RUA VITAL BRASIL, 224 - CEP: - Bairro: - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, RM FRENTE AO BAR CALDECO**

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

APARELHO CELULAR (CELULAR) de propriedade do(a) Sr(a): **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**

Categoria/Marca/Modelo: **TELEFONIA MOVEL/LG/K8** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **NÃO SABE INFORMAR**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **180,00 (REAL)** Valor Total: **180,00 (REAL)**
Descrição: **CELULAR DA MARCA LG K8**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE POR VOLTA DA 01:00H DA MANHÃ QUANDO DESEMBARCOU DO ÔNIBUS NA AVENIDA PRESIDENTE KENEDY, VINDO DA CASA DE FAMILIARES, FOI ABORDADO POR DOIS INDIVÍDUOS ARMADOS COM FACAS, OS QUAIS ANUNCIARAM O ASSALTO AMEAÇANDO A VÍTIMA COM AS FACAS, OBRIGANDO A MESA A ENTREGAR O APARELHO CELULAR E A CARTEIRA ONDE ESTAVAM SEUS DOCUMENTOS. RELATA QUE NO MOMENTO EM QUE OS MELIANTES TENTARAM PEGAR SUA CARTEIRA O MESMO NUMA ATITUDE DESPERADA PARA FUGIR DOS ASSALTANTES, PULOU O GRADIL QUE DIVIDE AS FAIXAS DA REFERIDA AVENIDA, TENDO CAÍDO DO OUTRO LADO, MOMENTO EM QUE PASSAVA UM AUTOMÓVEL E PASSOU EM CIMA DE SUA MÃO, CAUSANDO UMA LESÃO. INFORMA QUE NÃO PROCUROU ATENDIMENTO



MÉDICO NO MOMENTO POIS ESTAVA MUITO NERVOSE COM O OCORRIDO, PORÉM NÃO CONSEGUIU DORMIR DEVIDO
DOR NA MÃO E RESOLVEU VIR A ESTA DELEGACIA REGISTRAR O FATO E EM SEGUIDA PROCURAR ATENDIMENTO
MÉDICO NA UPA. DIANTE DO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

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

Jiliardi de Oliveira Cruz
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE FREDERICO DE ANDRADE FERREIRA** - Matrícula: **2208652**
(Liberado em **04/01/2020** às **14:10**)

AA

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 11/11/2020 15:19:42
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115194236800000069484188>
Número do documento: 20111115194236800000069484188

Num. 70867913 - Pág. 2