

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014667966439

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

54607621417

VIA
1

COD. RENAVAM

144043114

RNTRC

NOME/ENDEREÇO

MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIME
NTO-RUA ITIO 96
COHAB
RECIFE-PE

51310-345

CHASSI

062.518.864-04

PLACA

KJ01905

NOME/AUTORIZAÇÃO

EMMANUEL DOS SANTOS FERREIRA ARAUJ

PLACA ANT./UF

CHASSI

9C2KD04209R008928

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BRO3 E5

ANO FAB

2009

ANO MOD

2009

CAP/POT/CL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

20198543

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA

GUARDE EM LOCAL SEGURO

Roberto Fontelles

RECIFE-PE

DATA

01/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR DE REGISTRO DE VEICULOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453829/19

Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

CPF: 095.001.434-61

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 25/06/2019

Titular do CPF: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS : 052.200.554-37

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

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO : 095.001.434-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
CPF: 052.200.554-37

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12998365266

Número do Benefício: 6291517721

Espécie: 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 198056283

Ao Sr.(a): JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Endereço: RUA DO SITIO, 95 COHAB, IBURA

CEP: 51310345

Município: RECIFE

UF: PE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 14/08/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 07/09/2019.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (07/09/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 07/09/2019 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 03 de setembro de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RECIFE CORREDOR DO BISPO **Endereço:** R CORREDOR DO BISPO 155, SOLEDADE

CEP: 50050095 **Município:** RECIFE

UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 03 de setembro de 2019

Assinatura do Requerente / Representante Legal



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

RECIFE CORREDOR DO BISPO

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

2ª VIA

COMUNICAÇÃO DE RESULTADO
REQUERIMENTO Nº 198056283
BENEFÍCIO Nº -

Prezado(a) Sr.(a)

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

(NOME DO SEGURADO)		
8674466	28185/87	12998365266
(RG/CERTIDÃO)	(CTPS/SÉRIE)	(NIT)

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 14/08/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.
O benefício foi concedido até 07/09/2019.

Se nos 15 (quinze) dias finais até a data de cessação do benefício (07/09/2019), V.Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.
A partir de 07/09/2019, e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V.Sa. poderá interpor Recurso a Junta de Recursos da Previdência Social.

A Solicitação de Prorrogação poderá ser feita através dos seguintes meios:

Número 135 da Central de Atendimento do INSS; site www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Canhotinho, 06 de setembro de 2019 (Data da emissão da 2ª Via)

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RECIFE CORREDOR DO BISPO Endereço: R Corredor do Bispo 155 - Soledade

CEP: 50050095

Município: Recife

UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/____

Assinatura do Requerente/Rep. Legal

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190702451 **Cidade:** Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 8.674.466 SDS/PE
Endereço: RUA PROFESSORA LUCIA MARIA S NEVES, 29 B - COHAB/RECIFE - RECIFE - PE -
CEP: 51310-300.
Est. Civil: SOLTEIRO
CPF: 095.001.434-61

OUTORGADO:

Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: ADVOGADA
Identidade: 27708 OAB/PE
Endereço: AV. CONDE DA BOA VISTA 50, BOAVISTA RECIFE/PE - 50.060-002.
Est. Civil: CASADA.
CPF: 052.200.554-37

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

Jose Adjailson Nascimento

Recife 27/11/2019
Local e data



Jose Adjailson Nascimento

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Rua Taguinho União Gomes de Menezes, 51 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone: (081) 3024-0202 e-mail: caroline@cartorioroma.br

Reconheço por autenticidade a firma de: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO
Em test. da verdade,
Recife-PE 27/11/2019 11:54:43 Emol: 3,39 FERN: 0,04
FUNSEG: 0,00 TSNR: 0,00 FERC: 0,40 ISS: 0,20 TOTAL: 4,91
ANA PAULA ALVES DA SILVA BARRETO Escritor(a) Autorizada

Selo: 0077248.GON11201905.03824

Consultar a autenticidade do selo em: www.igpe.br/validaSelos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453829/19

Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

CPF: 095.001.434-61

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 25/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS : 052.200.554-37

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

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO : 095.001.434-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
CPF: 052.200.554-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453829/19

Número do Sinistro: 3190702451

Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

CPF: 095.001.434-61

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 25/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ADJAILSON
NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
CPF: 052.200.554-37

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190702451 Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
-----------------------	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190702451

Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190702451

Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 25/06/2019, emitido pelo Dr. MARCELLO SILVEIRA CRM nº 0000000 - PE, da Instituição UPA-IMBIRIBEIRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 095.001.434-61 4 - Nome completo da vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO 6 - CPF: 095.001.434-61
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA PROFª LUCIA M^{te} S. NEVES 9 - Número: 29 10 - Complemento: B
11 - Bairro: COHAB 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.310-300
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81.3040-6412

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0916 013 CONTA: 35403 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 do 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE/PE, 27 de NOVEMBRO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099003058**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2019** às **10:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/6/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PALMARES, 1** - Bairro: **CENTRO** -
PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **BR 101**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO (OUTRO)
JOSE ADJAILSON NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ADJAILSON NASCIMENTO**

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

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO** Pai: **JOSÉ BARTOLOMEU FAUSTINO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **16/3/1990** Naturalidade: **QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8674466/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 98042338**

Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA LUCIA MARIA SALES NEVES, 29, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ADJAILSON NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

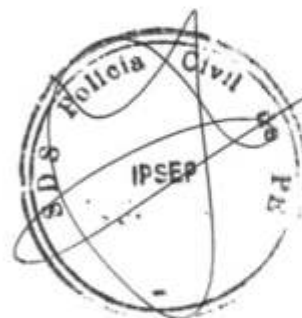
Complemento / Observação

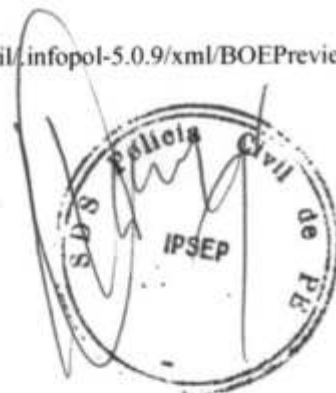
JOSE ADJAILSON NASCIMENTO, RELATA QUE, NO PERÍODO DA MANHÃ DO DIA 25/06/2019, FORA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. O FATO ACONTECEU QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, PELA BR 101, SENTIDO RECIFE, MUNICÍPIO DE PALMARES, E AO PASSAR DO POSTO DA POLICIA RODOVIARIA FEDERAL, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU NO ASFALTO. INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO , POR SEUS PRÓPRIOS MEIOS, PARA UPA DA IMBIRIBEIRA, CONFORME ATENDIMENTO 1246639, SENDO LIBERADO NO MESMO DIA. AFIRMA QUE , DOIS MESES DEPOIS, POR CONTA DE VÁRIAS DORES QUE SENTIA PELO CORPO, REALIZOU UM EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL, FICANDO CONSTATADO UMA LESÃO NO FÍGADO. PELO EXPOSTO SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

**JOSE ADJAILSON NASCIMENTO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **IRAN FRANCISCO DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **381051-8**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0099000369**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/02/2020** às **17:49**

Complementa o BO Número: **19E0099003058**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/6/2019** às **04:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PALMARES, 1 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55000-000 - Ponto de Referência: BR 101**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO (OUTRO)
JOSE ADJAILSON NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

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

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO (presente ao plantão) - Nome Social: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO
Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO** Pai: **JOSE BARTOLOMEU FAUSTINO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **16/3/1990** Naturalidade: **QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8674466/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS**
PROFISSOES Telefones Celulares: **- 98042338**

Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA LUCIA MARIA SALES NEVES, 29, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADO DA ECONOMIA**

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

MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Data de Nascimento: **2/2/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO PLACA KJO 1905 (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ADJAILSON NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ADJAILSON NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **4300,00 (REAL)** Valor Total: **4300,00 (REAL)**
Descrição: **MOTOCICLETA**

Complemento / Observação

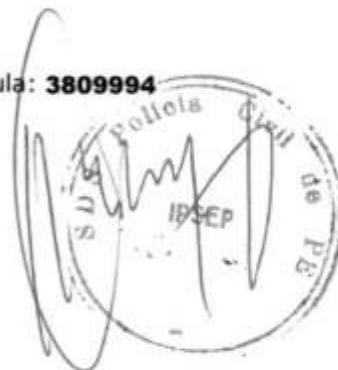
JOSE ADJAILSON NASCIMENTO, RELATA QUE, NO PERÍODO DA MANHÃ DO DIA 25/06/2019, FORA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. O FATO ACONTECEU QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, PLACA KJO 1905, PELA BR 101, SENTIDO RECIFE, MUNICÍPIO DE PALMARES, E AO PASSAR DO POSTO DA POLICIA RODOVIARIA FEDERAL, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU NO ASFALTO. INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO, POR SEUS PRÓPRIOS MEIOS, PARA UPA DA IMBIRIBEIRA, CONFORME ATENDIMENTO 1246639, SENDO LIBERADO NO MESMO DIA. AFIRMA QUE, DOIS MESES DEPOIS, POR CONTA DE VÁRIAS DORES QUE SENTIA PELO CORPO, REALIZOU UM EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL, FICANDO CONSTATADO UMA LESÃO NO FÍGADO. PELO EXPOSTO SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO
(VITIMA)

X José Adjailson Nascimento

B.O. registrado por: **MARNEY MORAIS DE CASTRO CUNHA** - Matrícula: **3809994**
(Liberado em **11/02/2020 às 18:28**)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 095.001.434-61 4 - Nome completo da vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO 6 - CPF: 095.001.434-61
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA PROFª LUCIA M^{te} S. NEVES 9 - Número: 29 10 - Complemento: B
11 - Bairro: COHAB 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.310-300
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81.3040-6412

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0916 013 CONTA: 35403 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 do 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE/PE, 27 de NOVEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 25-06-2019 11:43

	Nome Paciente:	JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO
	Cód. Paciente:	562613
	Data de Nascimento:	16/03/1990
	Sexo:	Masculino
	Idade:	29
	Senha:	A0138
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1246639 
SAME:		

Período: 25-06-2019 12:09 - 25-06-2019 12:10

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Alergia(s): - NEGA ALERGIAS -

Queixa Principal: DOR NO HEMITORAX DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HOJE.
NEGA VOMITOS E DESMAIO

Fluxograma sintoma: DOR TORÁCICA

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CONSULTORIO (CLÍNICA GERAL)

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 99.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA ALERGIAS -	

ICUPAS
U. - IMBIRIBEIRA
RA - 1100 A VL. A. - ADESSA LOPES DO PRON. JÚNIOR
MÉDICO ELETÔNICO
Dr. Marcelino Silveira
Cód. 0302; 01 78 110 110 - C. RES. 01 110 110

Acolhido(a) por: REBECKA CARVALHO DE AGUIAR - COREN: 297000 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21-11-2019 11:41

Tempo da Doença *	Acesso à UPA *	Nível de Consciência *	Vulnerabilidade Social*
Dias	Espontânea	Vigil / Alerta	Ausente
Queixa Principal / História: DOR EM TORAX DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HA 08 HS. NEGA DESMAIO OU VOMITOS OU PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA DEMAIS QUEIXAS. NEGA ALERGIA. NEGA COMORBIDADES.			
ANTECEDENTES: Infecção Orofaringe: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐ Doença Cardiovascular: ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐ Observações:			
EXAME FÍSICO			
EG Bom	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas
Nutrido	Eupnéico	Afebril	Corado
Observações:			
Avaliação Cardio Vascular ☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações:			
Avaliação do Aparelho Respiratório ☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações:			
Avaliação Neurológica ☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações:			
Avaliação Aparelho Digestivo ☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações:			
Avaliação Aparelho Locomotor ☐ Não Examinado: ☐ Normal ☒ Alterada:			
Observações: DOLOROSO A PALPAÇÃO EM HEMITORAX DIREITO, SEM DEAMSI ALTERAÇÕES LOCAIS			
Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas SGU: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada: ORL: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada: Pele: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Aferições:	PAS	PAD	FR
			FC
			P (KG)
			TEMP
			SATO2
			HGT
		18	99



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.302/0001-08 | Insc. Est. 3008943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

EMERSON ALVES DA SILVA
MCI0079P01

CPF: 090.150.534-05

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PROFª LUCIA MARIA S NEVES 29
-B

CONABIPCEIFE
RECIFE PE
513.0-300

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
078306577	UNICA	19/09/2019
EMPRESSA	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/09/2018	301004915	5303017

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7029552570	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO (LÍQUIDA)
07/10/2019	22/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	108,12

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	101,460000	0,77952320	79,08
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,74
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 070829573-22/07/19			0,78
Multa por atraso-NF 074485141-21/08/19			1,60
Multa por atraso-NF 070829573-22/07/19			1,70
Juros por atraso-NF 074485141-21/08/19			0,29
Juros por atraso-NF 070829573-22/07/19			0,29
Atualização IGPM-NF 070829573-22/07/19			0,12

TOTAL DA FATURA

108,12

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
315844877	CA1	21680019	220430	19/09/2019	220700	29	1,0000			103,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
Consumo Ativo (kWh) Set 19: 101 AGO 19: 96 Jul 19: 111 JUN 19: 103 Mai 19: 118 ABR 19: 119 MAR 19: 118 FEV 19: 108 JAN 19: 108 DEZ 18: 60 NOV 18: 80 OUT 18: 94 SET 18: 78	BASE DE CÁLCULO ICMS: 84,83 25,00 21,20 PIS: 84,83 0,91 0,94 COPIS: 84,83 2,72 2,18	Composição do Consumo Gerção de Energia: R\$ 24,37 34,50% Transmissão: R\$ 2,94 3,47% Distribuição (Cepel): R\$ 17,80 20,30% Perdas de Rede: R\$ 2,91 3,31% Encargos Setoriais: R\$ 4,10 4,73% Tributos: R\$ 26,04 29,51% Total: R\$ 69,83 100%
SERVIÇOS APLICADOS		
Consumo Ativo (kWh)		
0,54103330		
RESERVAÇÃO NO FISCAL		
DDBE 340F 80E7 FATC 4CC8 54C9 5290 8425		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As dados de leitura e consumo em vigor é o sistema de leitura automática, que em alguns casos pode gerar, ocasionalmente, erros de leitura. CDE, conforme Decreto Estadual 18.455/13, o cliente é responsável quando há variação de consumo em relação ao valor de leitura de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 2% (Resolução 144/2015), juros 1% ao mês (Lei 10.406/02) e atualização monetária no pro. mais, juros e multa de 0,5% ao mês (Lei 10.406/02). O Cliente é responsável quando há dados incorretos. O grupo de trabalho para a melhoria dos dados de consumo é composto por:

As informações geradas por este sistema são para uso interno da CDE, não sendo permitida a divulgação, total ou parcialmente, para terceiros, sob pena de sanção administrativa e criminal.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

CONSUMO	VALOR APROXIMADO (kWh)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
---------	------------------------	---------------	-------------------	--------------

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
127	110 - 135

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ap

281-553692398-2

08/Out/2019

HORA DE 10:57:33

LOT. 15.002933-0

FRM 050258

LOCALIDADE: JABOATÃO DOS GUARARAPES
AG. VINCULADA: 3015

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 108,12

838700000010 081200110078
029552570107 163042825339

281-553692398-2

19 VIA

Recibo do Telegrama	Data	Hora	MB143298187BR 2168 
	Nome Legível do Recebedor		
Uso dos Correios	Rubrica do Cartão	Matrícula	Tipo/Serviços Adicionais DHP 25/09/2019 09:11



DESTACAR AQUI

REMITENTE

RENATA CARNEIRO LEITE
Rua Quarenta e Oito 208 APT 1003
Espinho
52020-060 A-Recife/PE

USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

- | | |
|---|---|
| ☐ 1 Mudou-se | ☐ 6 Recusado |
| ☐ 2 Ausente | ☐ 7 Falecido |
| ☐ 3 Desconhecido | ☐ 8 Não existe o número indicado |
| ☐ 4 Endereço insuficiente. Falhou: | |
| ☐ 5 Outros (Especificar): | |

5340183-1

DESTINATÁRIO

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
Avenida Conde da Boa Vista 50 SALA 1031 - 10º
ANDAR
Boa Vista
50060-002 - Recife/PE

NÚMERO DO TELEGRAMA MB143298187BR 2168



DHP 25/09/2019 09:11

PE 25/09:13:41

DESTACAR AQUI

216 x 267mm

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/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 pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Brunna Marques Perazzo Sivan inscrito (a) no CPF 052.200.554 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Adailson Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.001.434 / 61, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Adailson Nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.001.434 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

CNH e comprovante de residência

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Avenida Conde do Bacalista</u>		Número <u>50</u>	Complemento
Bairro <u>Bacalista</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.060-002</u>
Email <u>BRUNNA-PERAZZO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3040-6412</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9991-0084</u>

Recife / PE, 13 de Dezembro de 2019
Local e Data

Perazzo
Assinatura do Declarante

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 35

Eu, MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO
RG nº 6.018.331-SDS-PE, data de expedição 16/09/14
Órgão SAS-PE, portador do CPF nº 062.518.864-04
com domicílio na cidade de QUIPAPÁ, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA CASTELO BRANCO, nº 18
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
JOSE ADISAILSON DO NASCIMENTO, cujo o condutor era
JOSE ADISAILSON DO NASCIMENTO
Veículo: PAS/MOTO Modelo: HONDA NXR 150 BROS ES Ano: 2009
Placa: K301905 Chassi: 9C2KD04209R003928
Data do Acidente: 26/06/19

Local e Data:

QUIPAPÁ 01/11/2019

MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO 2º OFÍCIO NOTAS DE QUIPAPÁ
Titular: ANTONIA OLIVEIRA DO NASCIMENTO CARVALHO MATIAS
Telefone: (01) 99297-5741

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO. Em test. da verdade. Dou fé. Emol: R\$3,59 TSNR: R\$0,80 FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$0,08 FERC: R\$0,40 Total: R\$4,91. Tabela: Antonia Oliveira do Nascimento Carvalho Matias
Selo: 0076943.ZIN10201901.00496 01/11/2019 11:43:09
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO ÚNICO QUIPAPÁ PE
ENDEREÇO: PC. DR. FERNANDO PESSOA DE MELLO, Nº 114
CENTRO - QUIPAPÁ/PE
CEP: 55415-000

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 25-06-2019 11:43

	Nome Paciente:	JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO
	Cód. Paciente:	562613
	Data de Nascimento:	16/03/1990
	Sexo:	Masculino
	Idade:	29
	Senha:	A0138
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1246639 
SAME:		

Período: 25-06-2019 12:09 - 25-06-2019 12:10

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Alergia(s): - NEGA ALERGIAS -

Queixa Principal: DOR NO HEMITORAX DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HOJE.
NEGA VOMITOS E DESMAIO

Fluxograma sintoma: DOR TORÁCICA

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CONSULTORIO (CLÍNICA GERAL)

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 99.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA ALERGIAS -	

ICUPAS
U. - IMBIRIBEIRA
RA - 1100 A VL. A. - ADESSA LOPES DO PRON. JÚNIOR
MÉDICO ELETÔNICO
Dr. Marcelino Silveira
Cód. 0302; 01 78 110 110 - C. RES. 01 110 110

Acolhido(a) por: REBECKA CARVALHO DE AGUIAR - COREN: 297000 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21-11-2019 11:41

Tempo da Doença *	Acesso à UPA *	Nível de Consciência *	Vulnerabilidade Social*
Dias	Espontânea	Vigil / Alerta	Ausente
Queixa Principal / História: DOR EM TORAX DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HA 08 HS. NEGA DESMAIO OU VOMITOS OU PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA DEMAIS QUEIXAS. NEGA ALERGIA. NEGA COMORBIDADES.			
ANTECEDENTES: Infecção Orofaringe: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐ Doença Cardiovascular: ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐ Observações:			
EXAME FÍSICO			
EG Bom	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas
Nutrido	Eupnéico	Afebril	Corado
Observações:			
Avaliação Cardio Vascular ☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações:			
Avaliação do Aparelho Respiratório ☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações:			
Avaliação Neurológica ☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações:			
Avaliação Aparelho Digestivo ☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações:			
Avaliação Aparelho Locomotor ☐ Não Examinado: ☐ Normal ☒ Alterada:			
Observações: DOLOROSO A PALPAÇÃO EM HEMITORAX DIREITO, SEM DEAMSI ALTERAÇÕES LOCAIS			
Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas SGU: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada: ORL: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada: Pele: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Aferições:	PAS	PAD	FR
			FC
			P (KG)
			TEMP
			SATO2
			HGT
		18	99

Prescrição.: 1752337 Data: 25/06/2019 12:26
Usuário.....: JOAOCR
Atendimento: 1246639 Dt Nasc: 16/03/1990 (29a 3m 10d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente.....: 562613 - JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 25/06/2019 12:16 0 Dias(s) int
Médico.....: JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES - CRM 27377
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: R071 DOR TORACICA AO RESPIRAR Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DAPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IM	Agora	25/06 12:26
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
S/ AGULHA						
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
2 CETOPROFENO IM SOL.INJ.100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	25/06 12:26
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
S/ AGULHA						
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 043.

JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES:04112165463, AC SOLUTI Multipla, 04112165463, 25/06/2019 12:27 GMT-03:00 25/06/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00).



Prescrição.: 1752338 Data: 25/06/2019 12:27
Usuário....: JOAOOCR
Atendimento: 1246639 Dt Nasc: 16/03/1990 (29a 3m 10d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente....: 562613 - JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 25/06/2019 12:16 0 Dias(s) int
Médico.....: JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES - CRM 27377
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: R071 DOR TORACICA AO RESPIRAR Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORAX P.A. ; Exame: 319028	1					[25/06] 12:27

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 043.

JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES-04112165463, AC SOLUTI Multipla, 04112165463, 25/06/2019 12:27 GMT-03:00 25/06/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00).



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 25/06/2019 17:40:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE ADJAILSON DO
NASCIMENTO

RG:

PESO:

IDADE: 29 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 16/03/1990

PRESTADOR ASSISTENTE: JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES

DATA DE ATENDIMENTO: 25/06/2019 12:16:46

ATENDIMENTO: 1246639

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -5 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: R071 - DOR TORACICA AO RESPIRAR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: R071 - DOR TORACICA AO RESPIRAR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: R071 - DOR TORACICA AO RESPIRAR

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

ICP/PAS
Sistema de Prontuário Eletrônico
RA FÍFICO A M... A... DE... DO...
MÉDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcello Silveira
Coordenador Médico - UPA 24h

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 043.

JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES 04112166463, AC-SOLUTI Múltipla, 04112166463, 25/06/2019 17:40 GMT-03:00 25/06/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00).



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 26/06/2019 20:19:32

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE ADJAILSON DO
NASCIMENTO

RG:

PESO:

IDADE: 29 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 16/03/1990

PRESTADOR ASSISTENTE: MARCUS VINICIUS QUEIROGA GOMES

DATA DE ATENDIMENTO: 26/06/2019 18:15:56

ATENDIMENTO: 1247208

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -2 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: M796 - DOR EM MEMBRO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

Prescrição.: 1753181 Data: 26/06/2019 20:10
Usuário....: MARCUSVQ
Atendimento: 1247208 Dt Nasc: 16/03/1990 (29a 7m 29d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente....: 562613 - JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 26/06/2019 18:15 0 Dias(s) int
Médico.....: MARCUS VINICIUS QUEIROGA GOMES - CRM 26821
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco: P.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	DEXAMETASONA FOSFATO DISSODICO SOL.INJ. 10MG - 2,5ML	1	AMP		IM	Agora	[26/06] 20:10
	-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
	-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
2	CETOPROFENO IM SOL.INJ.100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	[26/06] 20:10
	-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
	-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

Tempo da Doença * Horas	Acesso à UPA * Espontânea	Nível de Consciência * Sonolento	Vulnerabilidade Social* Ausente
Queixa Principal / História: PACIENTE REFERE DOR EM MSD HA 1 DIA APOS QUEDA DE MOTO. NEGA ALERGIAS			
ANTECEDENTES:			
Infecção Orofaringe: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐ Doença Cardiovascular: ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐			
Observações:			
EXAME FÍSICO			
EG Bom	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas
Nutrido	Eupnéico	Afebril	Corado
Avaliação Cardio Vascular			
Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Avaliação do Aparelho Respiratório			
Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Avaliação Neurológica			
Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Avaliação Aparelho Digestivo			
Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Avaliação Aparelho Locomotor			
Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas			
SGU: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada: ORL: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada: Pele: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Aferições:	PAS	PAD	FR
			FC
		16	70
			P (KG)
			TEMP
			0
			SATO2
			HGT
Médico Responsável: MARCUS VINICIUS QUEIROGA GOMES		Cremepe: 26821	

CLÍNICA DOS FEIRANTES - VIDA E SAÚDE

1º. Rua do Colégio, 35 - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE
Fones: (81) 3476.4175 / 9166.2669 - CNPJ: 08.721.280/0001-39

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) Dr. Adilson
feirantes foi atendido (a) nesta Clínica
e necessita de 05 dias Por Extensão dias de afastamento das

suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data, por motivo
de doença fractura hipofisária

Jaboatão, 22 de 07 de 19

Dr. Isaac Gomes
Médico
Carimbo e Ass. CRM-PE 4162

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades prevista no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

GRÁFICA DIAMANTE J (81) 3469.1517



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE AREIAS

Pernambuco

AV. RECIFE, 801 AREIAS - RECIFE - TEL.: 3182.3000

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Paciente: Jose
Adilson nascentes portador da Carteira
Profissional nº — Série: —

Necessita de: 01 dia (POR EXTENSO)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por
motivo de doença.

☒ Hospital () Ambulatório 27/07/19
Localidade e data

Dr. Paulo Sales
Médico
CRM-PE: 27225

Ass. Médico - CRM
Odontólogo - CRO

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/97 E será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento Do trabalho.

CLÍNICA DOS FEIRANTES - VIDA E SAÚDE

1º. Rua do Colégio, 35 - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE

Fones: (81) 3476.4175 / 9166.2669 - CNPJ: 08.721.280/0001-39

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) João Adilson

Perceira

foi atendido (a) nesta Clínica

e necessita de 03 (três) dias de afastamento das

por Extensão

suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data, por motivo

de doença _____

Jaboatão, 28 de 07 de 19

Isaac Gomes

Médico

CREMEPE 4162

Carimbo e Ass. do Médico

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades prevista no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



ATESTADO MÉDICO

Sr. Adilson

ATESTADO que o Paciente: _____

Adilson portador da Carteira _____

Profissional nº _____ Série: _____

Necessita de: 01 (un) (POR EXTENSO)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

☒ Hospital () Ambulatório _____
Localidade e data

Maria Gabriela Barros
Médica
CRM: 25078

Ass. Médico - CRM
Odontólogo - CRO

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/97. E será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.



ATESTADO MÉDICO

Sr. Adilson

ATESTADO que o Paciente: _____

Adilson portador da Carteira _____

Profissional nº _____ Série: _____

Necessita de: 01 (un) (POR EXTENSO)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

☒ Hospital () Ambulatório _____
Localidade e data

Maria Gabriela Barros
Médica
CRM: 25078

Ass. Médico - CRM
Odontólogo - CRO

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/97. E será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Unidade de Saúde: _____ Região: HRP - Cid. GeraNome do Paciente: JOSE ADRIANUS VASCONCELOS 5941393

Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Est. Civil: _____

End.: _____

Atendido às: _____ Horas do dia: _____ de _____ de 20 _____

Queixa Principal: Doença no pulmão no tórax.História da Doença Atual: Doença há 30 dias (acompanha de nox)
no pulmão no tórax; USG EVASIVO HEMORRAGIA
PEQUENA FIBROSE

Sintomas e Sinais: _____

Hipótese Diagnóstica: Asma Cid. Gera.

Prescrição: _____

Encaminhamento: _____ às _____ do dia _____ de _____ de 20 _____

Obs.: Foi internado para observação por _____ horas nesta unidade e não houve indicação para o tratamento.

Dr. Aristóteles Ulisses de S. Brito
Médico

08/08/19

Assinatura do Médico - CRM Cópia do nome do Médico em Letra de Forma



SUS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE DE QUIPAPÁ

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clínica:

Reg. Nº

Enfer:



Soluções

USG Absoluta

(Abscissas hiperfocais)

14/09/19

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data: ____/____/____

Dra. Janaina Leon
CRM: 13117

Ultrassonografia de Abdômen total

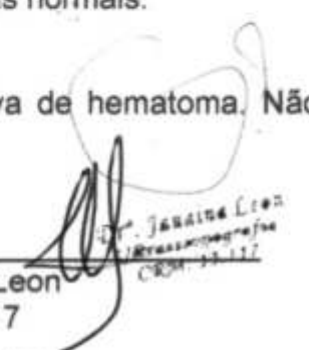
Exame de: José Adjailson Nascimento

Data: 07/08/19

Exame realizado em modo B (tempo real), mediante sonda convexa multifrequencial com técnica de alta definição.

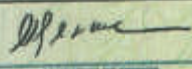
1. Fígado de dimensões normais e textura sólida homogênea. Os vasos intra-hepáticos são bem visíveis e de calibre anatômico. Observamos em lobo direito imagem cística de conteúdo espesso que mede 6.1 x 4.1 cm.
2. Vesícula biliar de topografia usual, sem septos, de paredes finas, conteúdo anecóide sem ecos em seu interior.
3. Canal hepático e canal colédoco de calibre normais.
4. Veia porta de calibre normal
5. Pâncreas de textura habitual para a faixa etária.
6. Rim direito mede 10.1 x 4.5 cm, apresentando topografia, textura do seio renal e textura córtico-medular normais.
7. Rim esquerdo mede 10.0 x 4.4 cm, apresentando topografia, textura do seio renal e textura córtico-medular normais.
8. Baço de volume normal, contornos regulares e textura sólida homogênea.
9. Veia cava inferior de calibre e contornos normais.
10. Aorta abdominal de calibre e contornos normais.
11. Bexiga repleta, paredes regulares sem ecos em seu interior.
12. Próstata medindo 3.7 x 3.6 x 2.6 cm, apresentando contornos regulares (peso aproximado: 18.5 gramas).
13. Vesículas seminais de dimensões e texturas normais.

Impressão diagnóstica: Coleção hepática sugestiva de hematoma. Não podemos afastar a possibilidade de abscesso hepático.


Dra. Janaina Leon
CRM: 13117

Obs.: Em caso de retorno trazer este resultado.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
	NOME BRUNHA MARQUES PERAZZO SEIXAS		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 27708 OAB PE		
	CPF 052.200.554-37	DATA NASCIMENTO 23/02/1986	
	FILIAÇÃO FABIO CESAR PERAZZO LEITE MARIA JACINETE MARQUES DOS SANTOS		
	PERMISSÃO []	ACC []	CAT. HAB. B
Nº REGISTRO 04771275461		VALIDADE 05/03/2020	1ª HABILITAÇÃO 02/10/2009
OBSERVAÇÕES sem observações			
			
LOCAL RECIFE - PE		DATA EMISSÃO 06/03/2015	
		09600018664 PE065239245	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1024000982

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1024000982