
Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190333123

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

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

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333123

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

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, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333123

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200440598

Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 30 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200440598

Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **Josias Jose Ribeiro de Carvalho**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001838-4**

Conta: **0000027927-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 041.069.004-08	Nome completo da vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <u>Josias Jose Ribeiro de Carvalho</u>	CPF: 041.069.004-08	
Profissão: <u>Atendente</u>	Endereço: <u>Rua Antonio machado</u>	Número: 95 Complemento:
Bairro: <u>Parque</u>	Cidade: <u>PELITE</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>50.630-770</u>
E-mail: <u>Josias Jose 2019 @ Out Look . Com</u>	Tel.(DDD): <u>81991231262</u>	

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 1838 4 CONTA: 27.927 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 Lider 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: 041.069.004-08

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

20 MAI 2019

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 043.069.004-08 4 - Nome completo da vítima: Josias José Ribeiro de Carvalho

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

5 - Nome completo: Josias José Ribeiro de Carvalho 6 - CPF: 043.069.004-08
7 - Profissão: Porteiro 8 - Endereço: Rua Antonio Machado 9 - Número: 95 10 - Complemento:
11 - Bairro: Corduro 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.630-770
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRASIL
AGÊNCIA: 1838 4 CONTA: 27927 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (irmão)? ☐ 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 Lider 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 (qualificação)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olinda, 21 de Outubro de 2020

X Josias José Ribeiro de Carvalho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV
20 MAI 2019
PROTOCOLO
CÂNCIA RECIFE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096001451**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/03/2019** às **17:11****ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **1/3/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 01 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BCO SANTANDER**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR \ AGENTE)
ESTADO (OUTRO)
JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ESTADO**

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

JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO Pai: JOSÉ RODRIGUES RIBEIRO DE CARVALHO Data de Nascimento: 29/11/1978 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5321137/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Telefones Celulares: - 983014692 - 983914585

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 95, RUA ANTONIO MACHADO - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ESTADO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ESTADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ESTADO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA CAMINHANDO EM VIA PÚBLICA QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, APARECEU UMA PEÇA À SUA FRENTE, QUE FARIA PARTE DE UMA VIATURA DA POLÍCIA MILITAR E QUE



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

1 José José Ribeiro de Carvalho

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**

COMPRES
IL 20 MAG 2019
PROTOCOLLO
RECIFE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096001451**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/03/2019** às **17:11**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/3/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 01** - Bairro: **MADALENA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **BCO SANTANDER**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR / AGENTE)
ESTADO (OUTRO)
JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ESTADO**

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

JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO** Pai: **JOSÉ RODRIGUES RIBEIRO DE CARVALHO** Data de Nascimento: **29/11/1978** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5321137/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares:
- **983014692**
- **985914585**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 95, RUA ANTONIO MACHADO - CEP: 55000-000 -**
Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ESTADO - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ESTADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ESTADO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA CAMINHANDO EM VIA PÚBLICA QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, APARECEU UMA PEÇA À SUA FRENTE, QUE FARIA PARTE DE UMA VIATURA DA POLÍCIA MILITAR E QUE

TERIA SE SOLTADO. DIANTE DE TAL SITUAÇÃO E DA SOLICITAÇÃO DOS POLICIAIS QUE ESTAVAM NA CITADA VIATURA PARA QUE O MESMO PEGASSE A PEÇA E A ENTREGASSE AOS MESMOS, A VÍTIMA, EXERCENDO A SUA EDUCAÇÃO E CIDADANIA, PEGOU A PEÇA E TENTOU ENTREGÁ - LA AOS POLICIAIS. CONTUDO, DE FORMA RÁPIDA E INESPERADA, APARECEU UMA OUTRA VIATURA DE MARCHA À RÉ, QUE O ATINGIU E O JOGOU AO SOLO. ALEGOU O MESMO QUE, APÓS SER ATINGIDO PELA VIATURA, PERMANECER NO LOCAL, SENDO SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS QUE O LEVOU À UPA DA CAXANGÁ ONDE FICOU INTERNADO DURANTE QUASE TODO O DIA NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR E SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO
(VÍTIMA)

Josias José Ribeiro de Carvalho

B.O. registrado por: JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 041.069.004-08	Nome completo da vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <u>Josias Jose Ribeiro de Carvalho</u>	CPF: 041.069.004-08	
Profissão: <u>Atendente</u>	Endereço: <u>Rua Antonio machado</u>	Número: 95 Complemento:
Bairro: <u>Parque</u>	Cidade: <u>PELITE</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>50.630-770</u>
E-mail: <u>Josias Jose 2019 @ Out Look . Com</u>	Tel.(DDD): <u>81991231262</u>	

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 1838 4 CONTA: 27.927 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 Lider 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF: 041.069.004-08

Assinatura **COMPREV**

2ª | Nome: CPF: 20 MAI 2019

Assinatura

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Nome, CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Josias José Ribeiro de Carvalho

CPF da Vítima

043.069.004-08

Data do Acidente

01-03-2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(18) 19.8488-7131

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Olinda, 21 de Outubro de 2020.

Local e Data

Josias José Ribeiro de Carvalho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000328 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO, 40 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 5321135 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 041.069.004-08, residente à RUA ANTONIO MACHADO, nº 95, CORDEIRO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 01/03/2019, por volta das 10:48 hs, no endereço: AV. CAXANGÁ, S/N, MADALENA- RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEI SPIN DA PMPE PRATA PDL0197-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO, inscrito sob o CPF nº 041.069.004-08 e Registro Geral nº 5321135, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718066-7 BRANCO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 1273676. Ficou aos cuidados do médico FELIPE FRAGOSO, registro 26180. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 12/04/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000328



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

22/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320044059801

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01838

CONTA: 000000027927

Número da Autenticação

25D8B77E02DA1BEE



Tabela 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 Santa, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ / 10.830.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

ADOS DO CLIENTE

ISABELA CUNHA DA COSTA BEZERRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV GAL SAN MARTIN 80 LJA-B

CPF 059 585 574-18

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
COMERCIAL

CORDEIRO RECIFE
RECIFE PE
50630-080

DATA CORRECTION

7027786264	05/2019
DATA CORRECTION	DATA CORRECTION
27/05/2019	11/06/2019
DATA CORRECTION	DATA CORRECTION
216.72	

Nº DA NOTA FISCAL	NOME	ENDEREÇO
051824780	UNICA	1305/2016
IMPRESSORAGRA	Nº DO CLIENTE	Nº DA FISCAL AGRA
13/05/2016	2016291341	6560348

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo vivo (kg)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Consumo: 100 Pulcra Municipal

QUANTITY	PRICE (\$)	VALUE (\$)
738.000000	0.75074657	554.24
		1.36
		31.06

TOTAL DA FATURA

210.72

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

ÍDO	TIPO DA	ARTICULO	ATUAL	ÍDO	CONSTANTE	AJASTE	CONSUMO (30%)
EXERC	FUNÇÃO	LEITURA	DATA	LEITURA	DE INÍC		
1.2.19.2020	CAT	11-04-2019	7.193,30	13-05-2019	7.326,30	1,0000	236,00

RESUMO DE CONCLUSÃO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO

capítulo 10 • consumo

[illegible]**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**[illegible]

Os dados estatísticos do IBGE e outros oficiais da Rede Nacional de Indicadores, para o diagnóstico de sustentabilidade das organizações de conservação, no âmbito das Unidades de Conservação Naturais, de 1997 a 1999, são apresentados no Anexo 1 do PDI 2000. Os dados estatísticos são apresentados sob a forma de gráficos, tabelas e mapas, com o intuito de facilitar a interpretação dos dados e a identificação das tendências e tendências.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

ANÁLISE	VALOR MÉDIA (R\$)	DESV. PÁPAD	LEITE MÉDIA (R\$)	DESV. PÁPAD	TENDÊNCIA MÉDIA (R\$)		
					2001	2002	2003
1	8,82	4,96	8,97				
2	9,06	9,11	9,23				
3	9,42	2,77	9,06				

8,120 = Year 10 Price per Share as of October 1, 2009 = \$8.07. \$1

MÓDULO DE TELA

ANO	LEITE DE VACCAÇÃO (m)
2000	100
2001	100
2002	100
2003	100
2004	100
2005	100
2006	100
2007	100
2008	100
2009	100
2010	100
2011	100
2012	100
2013	100
2014	100
2015	100
2016	100
2017	100
2018	100
2019	100
2020	100
2021	100
2022	100
2023	100
2024	100
2025	100
2026	100
2027	100
2028	100
2029	100
2030	100
2031	100
2032	100
2033	100
2034	100
2035	100
2036	100
2037	100
2038	100
2039	100
2040	100
2041	100
2042	100
2043	100
2044	100
2045	100
2046	100
2047	100
2048	100
2049	100
2050	100
2051	100
2052	100
2053	100
2054	100
2055	100
2056	100
2057	100
2058	100
2059	100
2060	100
2061	100
2062	100
2063	100
2064	100
2065	100
2066	100
2067	100
2068	100
2069	100
2070	100
2071	100
2072	100
2073	100
2074	100
2075	100
2076	100
2077	100
2078	100
2079	100
2080	100
2081	100
2082	100
2083	100
2084	100
2085	100
2086	100
2087	100
2088	100
2089	100
2090	100
2091	100
2092	100
2093	100
2094	100
2095	100
2096	100
2097	100
2098	100
2099	100
2100	100

	1990	1991
1. Total	100	100
2. ...	...	...
3. ...	...	...
4. ...	...	...
5. ...	...	...
6. ...	...	...
7. ...	...	...
8. ...	...	...
9. ...	...	...
10. ...	...	...
11. ...	...	...
12. ...	...	...
13. ...	...	...
14. ...	...	...
15. ...	...	...
16. ...	...	...
17. ...	...	...
18. ...	...	...
19. ...	...	...
20. ...	...	...
21. ...	...	...
22. ...	...	...
23. ...	...	...
24. ...	...	...
25. ...	...	...
26. ...	...	...
27. ...	...	...
28. ...	...	...
29. ...	...	...
30. ...	...	...
31. ...	...	...
32. ...	...	...
33. ...	...	...
34. ...	...	...
35. ...	...	...
36. ...	...	...
37. ...	...	...
38. ...	...	...
39. ...	...	...
40. ...	...	...
41. ...	...	...
42. ...	...	...
43. ...	...	...
44. ...	...	...
45. ...	...	...
46. ...	...	...
47. ...	...	...
48. ...	...	...
49. ...	...	...
50. ...	...	...
51. ...	...	...
52. ...	...	...
53. ...	...	...
54. ...	...	...
55. ...	...	...
56. ...	...	...
57. ...	...	...
58. ...	...	...
59. ...	...	...
60. ...	...	...
61. ...	...	...
62. ...	...	...
63. ...	...	...
64. ...	...	...
65. ...	...	...
66. ...	...	...
67. ...	...	...
68. ...	...	...
69. ...	...	...
70. ...	...	...
71. ...	...	...
72. ...	...	...
73. ...	...	...
74. ...	...	...
75. ...	...	...
76. ...	...	...
77. ...	...	...
78. ...	...	...
79. ...	...	...
80. ...	...	...
81. ...	...	...
82. ...	...	...
83. ...	...	...
84. ...	...	...
85. ...	...	...
86. ...	...	...
87. ...	...	...
88. ...	...	...
89. ...	...	...
90. ...	...	...
91. ...	...	...
92. ...	...	...
93. ...	...	...
94. ...	...	...
95. ...	...	...
96. ...	...	...
97. ...	...	...
98. ...	...	...
99. ...	...	...
100. ...	...	...

1 1 1

1111

COMPREV
COMPRESOR DE REFRIGERÂNCIA S/A

20 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Hipercard

00002253



CTC RECIFE PE PL1

PC-07

JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
R ANTONIO MACHADO 95
CORDEIRO
50630-770 RECIFE - PE



Postagem: 26/04/2018
Vencimento: 07/05/2018
Emissão: 24/04/2018
Fechamento próxima fatura: 02/06/2018

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	367,45
Pagamento efetuado em 02/04/2018	- 367,45
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	240,49
Total desta fatura	240,49

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular
Cartão **JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO**
6062.XXXX.XXXX.6707

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

07/05/2018

A) pagamento total R\$
240,49

B) pagamento por rateio rotativo (a partir de) R\$
36,07

C) parcelas fixas R\$
23,37
+23x 23,37

D) pagamento mínimo para R\$ financiamento
Não Disponível

Nova opção de pagamento
D) Pagamento mínimo para financiamento: quando disponível, o valor pago será considerado como entrada de um financiamento, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas com juros iguais ao do parcelamento (Parcelas Fixas) da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo para financiamento, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	900,00
Limite utilizado no mês	240,49
Limite de crédito parcelado	1.350,00
Retirada de recursos Paim(saque)	40,00

Consulte outras opções

Lançamentos: compras e saques

JOSIAS J R CARVALHO (final 6707)		VALOR EM R\$
DATA	ESTABELECIMENTO	
26/11	LOJAS AMERICANAS 505/10 RECIFE	29,90
03/03	MAGAZINE LUIZA SA 02/10 RECIFE	79,90
27/03	SUPERMERCADO LEAO RECIFE	2,39
27/03	SUPERMERCADO X 7 RECIFE	11,76
27/03	SUPERMERCADO X 7 RECIFE	7,07
31/03	SUPERMERCADO LEAO RECIFE	10,00
03/04	CONTROLE FACIL NACIONAL SORCABA	39,99
05/04	PANIFICACAO PANEVITAL RECIFE	1,80

Continua...

☒ Compra presencial com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

Nome do Documento
Nome do Pagador(CPF/CNPJ)
Nome do Beneficiário(CPF/CNPJ)

34191.75348 35946.27204 00173.090002 1 000
00134359462/0207884
JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO - 041.009.004-08
HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.013.2 0/0001-99

Risco Número
Valor do documento
Vencimento

recibo do pagador
17514339462-7
R\$ 240,49
07/05/2018



Hipercard

00002253



CTC RECIFE PE PL1

PC-07

JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
R ANTONIO MACHADO 95
CORDEIRO
50630-770 RECIFE - PE



Postagem: 26/04/2018
Vencimento: 07/05/2018
Emissão: 24/04/2018
Fechamento próxima fatura: 02/06/2018

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	367,45
Pagamento efetuado em 02/04/2018	- 367,45
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	240,49
Total desta fatura	240,49

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular
Cartão **JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO**
6062.XXXX.XXXX.6707

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

07/05/2018

A) pagamento total R\$

240,49

B) pagamento (para rotativo (a partir de) R\$

36,07

C) parcelas fixas R\$

23,37
+23x 23,37

D) pagamento mínimo para R\$ financiamento

Não Disponível

Nova opção de pagamento
D) Pagamento mínimo para
financiamento: quando disponível,
o valor pago será considerado como
entrada de um financiamento, e
o saldo restante será dividido em
parcelas fixas com juros iguais ao
do parcelamento (Parcelas Fixas)
da fatura. Se você efetuar um
pagamento inferior ao pagamento
mínimo para financiamento, você
estará em atraso, incorrendo em
juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	900,00
Limite utilizado no mês	240,49
Limite de crédito parcelado	1.350,00
Retirada de recursos Paim(saque)	40,00

Consulte outras opções

Lançamentos: compras e saques

JOSIAS J R CARVALHO (final 6707)		VALOR EM R\$
DATA	ESTABELECIMENTO	
26/11	LOJAS AMERICANAS 505/10 RECIFE	29,90
03/03	MAGAZINE LUIZA SA 02/10 RECIFE	79,90
27/03	SUPERMERCADO LEAO RECIFE	2,39
27/03	SUPERMERCADO X 7 RECIFE	11,76
27/03	SUPERMERCADO X 7 RECIFE	7,07
31/03	SUPERMERCADO LEAO RECIFE	10,00
03/04	CONTROLE FACIL NACIONAL SORCABA	39,99
05/04	PANIFICACAO PANEVITAL RECIFE	1,80

Continua...

☒ Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

Nome do Documento
Nome do Pagador(CPF/CNPJ)
Nome do Beneficiário(CPF/CNPJ)

34191.75348 35946.27204 00173.090002 1 000
00134359462/0207884
JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO - 041.009.004-08
HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.013.2.0/0001-99

Risco Número
Valor do documento
Vencimento

recibo do pagador

175/14339462-7
R\$ 240,49
07/05/2018



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ISHBELLA CUNHA DA COSTA PEREIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.585.574 / 16
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSIAS JOSÉ PIQUEIRO DE CARVALHO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 044.069.004 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ 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 <u>AV. GENERAL SAN MARTIN</u>		Número <u>80</u>	Complemento <u>LOJA B</u>
Bairro <u>CORDEIRO</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.630-060</u>
Email <u>matellacck@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81 3035.7281</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 997745596</u>

Recife, 13 de maio de 2019
Local e Data

Isabella Cunha da Costa Pereira
Assinatura do Declarante

1ª VIA

Prescrição.: 102247 Data: 01/03/2019 12:33
Usuário.: FELIPESF
Atendimento: 1273678 Dt Nasc: 29/11/1978 (40a 3m 1d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 416605 - JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Peso.: Altura: Sup. Corporal:
Internação.: 01/03/2019 11:40 0 Dias(s) Int
Médico.: FELIPE SILVA FRAGOSO - CRM 26180
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: Cido.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: PIII

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: NÃO URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA URGÊNCIA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	DIPIRONA SODICA SOL 1G/2ML	1	AMPOLA COM 2		IM	1 X DIA	[01/03] 12h
2	CETOPROFENO 100MG 2ML IM	1	AMPOLA COM 2		IM	1 X DIA	[01/03] 13h
PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3	SUTURA + CURATIVO	1				1 X DIA	

Dr. Felipe Fragoso
CRM 26180

FELIPE SILVA FRAGOSO
CRM 26180



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-03-01 11:35:01

Nome Paciente:	JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Cód. Paciente:	416605
Data de Nascimento:	29/11/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	CG0076
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1273676 
SAME:	

Período: 2019-03-01 11:35:01 - 2019-03-01 11:39:01

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO, APOS ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA. OCORRENCIA: 1230977, APRESENTANDO LESAO EM MSD E ESCORIAÇÕES. NEGA SINCOPE OU EMESE. DOR EM REGIAO LOMBAR.

Observação: HAS-
DM-
HGT-
PESO

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - DOR LEVE
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 4
- CAPNOGRAFIA: 97.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°



Acolhido(s) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 2019-04-17 08:52:07



Nome: 416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-983014692

Idade: 40a 4m
Nascimento: 29/11/1978

Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO

Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019
Prontuário: 00416605
Nº Atendimento: 01273676
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

REGISTRO CLÍNICO

QPO/HDA:

TRAZIDO PELOS BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO.
QUEIXA-SE DE DOR EM MSD E EM QUADRIL DIREITO

EXAME FÍSICO:

EGB, COTE
FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM BRACO DIREITO DE APROXIMADAMENTE 4CM.
DOR LEVE EM QUADRIL DIREITO A MOBILIZAÇÃO.
SEM ENCURTAMENTO OU DESVIO DE MEMBRO.

DIAGNÓSTICO:

POLITRAUMA



Dr. André Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11727



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:

416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Idade:

40a 4m

Nascimento:

29/11/1978

Sexo: Contatos:

MASCULINO / 81-983014692

Mãe:

VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO

Endereço:

RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019

Prontuário: 00416605

Nº Atendimento: 01273676

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

Conduta:

- 1) RETIRO COLAR CERVICAL
- 2) SOL SUTURA

FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

UPA24h
Dr. Felipe Silva Fragoso
CRM: 26180
Caxangá, 11/03/2019





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Maria Lucinda
Fundação Municipal de Saúde

6605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Contatos: / 81-983014692

ALDETE RIBEIRO DE CARVALHO

Idade: 40a 3m 1d
Nascimento: 29/11/1978

Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data de Atendimento: 01/03/2019
Prontuário: 00416605
Nº Atendimento: 01273676
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

DADOS DO EMITENTE
MÉDICO: FELIPE SILVA FRAGOSO

CRM: 26180

DATA

1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA FARMÁCIA

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

- 1) DIPIRONA 1G ---- 01CX
01CP 6/6H SE DOR
- 2) PACO ---- 01CX
01CP 6/6H SE DOR INTENSA

[Handwritten signature]

RECIFE - PE

Av. Gomes de Oliveira, 624
Cordão - CEP: 50830-060

RAIA DROGASIL S/A
61.585.865/1885-25

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

IDENT:

END: RUA ANTONIO MACHADO

CIDADE:

FONE:

ORG. EMISSOR:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ilza Mª Gomes de Sousa
Farmacêutica
CRF-PE 4811

ASSINATURA FARMACÊUTICO

DATA 04/03/18

ASSINATURA E CARIMBO

COMPREV

COMPREV ID: RECÍPIENTE S/A

20 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CUC: 9767633000609

COMPTON

20 MAY 1979

PROLOGO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Prontuário: 00020936

Data de Nascimento: 29/11/1978

Idade: 40a 5m 7d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

SOLICITO

RX DO PE ESQUERDO (AP E OBLIQUO)

NO 20714 / 05/11/19.



Recife, 07 DE MAIO DE 2019

JADER WANDERLEY BARROS E SILVA FILHO - CRM: Nº.10897

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Prontuário: 00020936

Data de Nascimento: 29/11/1978

Idade: 40a 5m 7d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

SOLICITO

RETIRADA DE BOTA GESSADA NO DIA 14 /05 /19

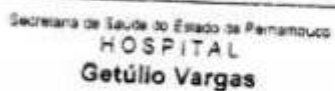
COMPREV
COMPREV / IDA - PREVIDÊNCIA SIA
20 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Antônio Carlos
Oyafonin
Cm 2240

Recife, 07 DE MAIO DE 2019

JADER WANDERLEY BARROS E SILVA FILHO - CRM: Nº.10897

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martín, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) John 1

1.06 Chuvisco 40
400 necessita de 08

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

CID: 5723

RV

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO _____

07105119.

LOCALIDADE E DATA

Dr. Jader Wanderley

Ortopedia / Cir. do Pe

CRM 10897 RQE 5376

Assinatura do Médico – CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

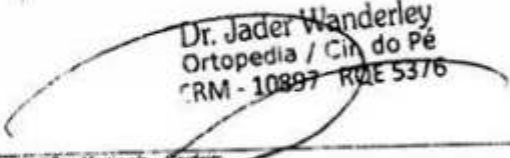
Avenida General San Martín s/n - Córdoba

Recife/PE - CEP 50.630-080

Phone: 248.81.3154/5500

HGV 1017 V. 1 2013

COMPRESO
20 MAG 2019
PROTOCOLLO
AGENZIA REGIONALE

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas 		RECEITUÁRIO	
NOME COMPLETO: <i>João Carlos de Almeida</i>			
IDADE: <i>47</i>		SEXO: F ☐ M ☒	
<i>Paciente portador de fratura da mão no quinto metacarpo no esforço. Devia referenciar para o ortopedista e/ou neurop e/ 30 dias C117592</i> <i>19/03/19</i>  Dr. Jader Wanderley Ortopedia / Clin do Pé CRM - 10897 RQE 5376			

Avenida General San Martin s/n - Jardim
 Recife/PE - CEP 50.630-066
 Fone: (0XX) 81 31843000

HGV 1002 V 1 2013.


 COMPREV S/A - REFERÊNCIA S/A
 20 MAI 2019
PROTOCOLO
 CÂNCIA RECIFE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

João da Silva

IDADE:

47

SEXO:

F

M



Paciente portador

de fratura da mão

no quinto metacarpo

no segundo, clavic

refracção para

em 30 dias

30 dias C10592

19/03/19

Dr. Jader Wanderley

Ortopedia / Cir. do Pé

CRM - 10897 RQE 5376



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) JOÃO J.

A. de Cruzado 40
anos, necessita de 08

(08 ou 10) dias de
afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo
de doença.

CID: S92.3

R6V

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

07/05/19

LOCALIDADE E DATA

Dr. Jader Wanderley
Ortopedia / Clr. do Pe
CRM - 10897 RQE 5376

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é valido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro

Recife/PE - CEP 50.630-060

HGV.1017.V.1.2013

Fone 0XX 81 31845600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

João José A. Cal

IDADE:

SEXO:

F

☐

M

☐

Minha

*Grupo
de coluna*

[Signature]
Dr. Jader Wanderley
Ortopedia / Cir. do Pé
CRM - 10897 RQE 5376

25/06/19

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX.81.31845600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Prontuário: 00020936

Data de Nascimento: 29/11/1978

Idade: 40a 5m 7d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

SOLICITO

RX DO PE ESQUERDO (AP E OBLIQUO)

NO 20714 1057/19

[Handwritten signature]

Antônio Leão
Ocupacional
Ram 22186

Recife, 07 DE MAIO DE 2019

JADER WANDERLEY BARROS E SILVA FILHO - CRM: Nº.10897

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

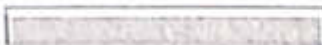
UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-03-01 11:35:01

Nome Paciente:	JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Cód. Paciente:	416605
Data de Nascimento:	29/11/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	CG0076
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1273676 
SAME:	

Período: 2019-03-01 11:35:01 - 2019-03-01 11:39:01

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO, APOS ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA. OCORRENCIA: 1230977, APRESENTANDO LESAO EM MSD E ESCORIAÇÕES. NEGA SINCOPE OU EMESE. DOR EM REGIAO LOMBAR.

Observação: HAS-
DM-
HGT-
PESO

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - DOR LEVE
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 4
- CAPNOGRAFIA: 97.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(s) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-03-01 15:41:48



Nome: 416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO Idade: 40a 3m 1d Nascimento: 29/11/1978
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-983014692

Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019

Prontuário: 00416605

Nº Atendimento: 01273676

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

RX PÉ ESQ.: FRATURA DE BASE DE 5º MTE SEM DESVIO.
SUTURA REALIZADA SEM INTERCORRENCIAS.

CD:

- 1) GESSO BOTA
- 2) ANAGELIA
- 3) AO AMBULATORIO

FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Prescrição.: 102247 Data: 01/03/2019 12:33
Usuário.: FELIPESF
Atendimento: 1273676 Dt Nasc: 29/11/1978 (40a 3m 1d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 416605 - JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 01/03/2019 11:40 0 Dias(s) int
Médico.: FELIPE SILVA FRAGOSO - CRM 26180
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: Cido.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: PIII

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: NÃO URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA URGENCIA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIPIRONA SODICA SOL 1G/2ML	1	AMPOLA COM 2		IM	1 X DIA	01/03/13
2 CETOPROFENO 100MG 2ML IM	1	AMPOLA COM 2		IM	1 X DIA	01/03/13

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 SUTURA + CURATIVO	1				1 X DIA	

Dr. Felipe Fragoso
CRM 26180

FELIPE SILVA FRAGOSO
CRM 26180



Nome: 416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-983014692

Idade: 40a 4m
Nascimento: 29/11/1978

Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO

Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019
Prontuário: 00416605
Nº Atendimento: 01273676
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

TRAZIDO PELOS BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO.
QUEIXA-SE DE DOR EM MSD E EM QUADRIL DIREITO

EXAME FÍSICO:

EGB, COTE
FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM BRAÇO DIREITO DE APROXIMADAMENTE 4CM.
DOR LEVE EM QUADRIL DIREITO A MOBILIZAÇÃO.
SEM ENCURTAMENTO OU DESVIO DE MEMBRO.

DIAGNÓSTICO:

POLITRAUMA

UPA24h
PA CAXANGÁ 24h
Dr. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11727

Nome: 416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Idade: 40a 4m Nascimento: 29/11/1978
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-983014692

Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO
Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019

Prontuário: 00416605

Nº Atendimento: 01273676

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

RX PE ESQ: FRATURA DE BASE DE 5ª MTTE SEM DESVIO.
SUTURA REALIZADA SEM INTERCORRENCIAS.

CD:

- 1) GESSO BOTA
- 2) ANAGELIA
- 3) AO AMBULATORIO

UPA24h
CAXANGÁ
Dr. André Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11997
FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-03-01 11:35:01

Nome Paciente:	JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Cód. Paciente:	416605
Data de Nascimento:	29/11/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	CG0076
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1273676 
SAME:	

Período: 2019-03-01 11:35:01 - 2019-03-01 11:39:01

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO, APOS ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA. OCORRENCIA: 1230977, APRESENTANDO LESAO EM MSD E ESCORIAÇÕES. NEGA SINCOPE OU EMESE. DOR EM REGIAO LOMBAR.

Observação: HAS-
DM-
HGT-
PESO

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - DOR LEVE
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 4
- CAPNOGRAFIA: 97.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG
- P.A. DIÁSTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-04-17 08:52:07

Nome: 416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Idade: 40a 3m 1d Nascimento: 29/11/1978
Sexo: Contatos: / 81-983014692
MASCULINO -

Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO
Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019

Prontuário: 00416605

Nº Atendimento: 01273676

Serviço: ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

ATESTADO MÉDICO

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA f, ATESTO QUE

o Sr.(a): JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

RG DE Nº: 5321135

ORGÃO EMISSOR: SDSPE

CPF NÚMERO:

FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO DIA 01/03/2019

- ☒ NECESSITANDO DE ¹⁵ DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES (NO TRABALHO OU ESCOLA), CID-10
- ☐ ESTANDO APTO PARA VOLTAR AS ATIVIDADES
- ☐ OUTROS:

RECIFE

SEXTA-FEIRA, 01 DE MARÇO DE 2019

às 14:48 HS.

Prestador: FELIPE SILVA FRAGOSO

CRM: 26180

AUTORIZAÇÃO

Eu, JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

autorizo a registrar o diagnóstico codificado CID-10 .


Assinatura do Paciente ou Responsável



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **041.069.004-08**

Nome: **JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO**

Data de Nascimento: **29/11/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **28/01/2000**

Digito Verificador: **00**

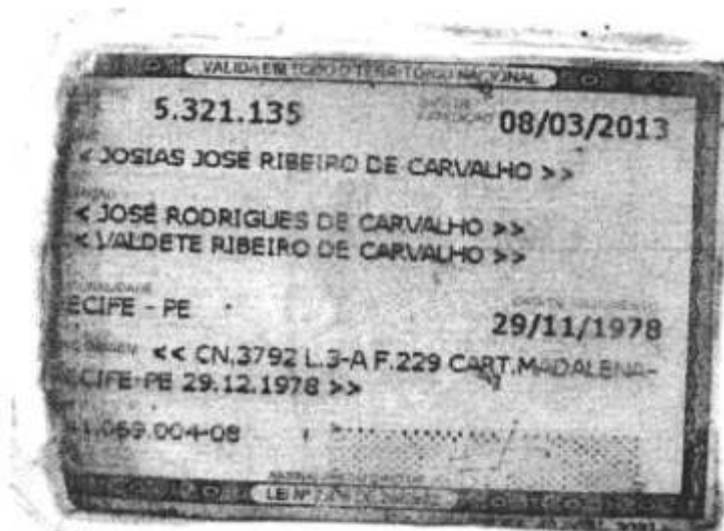
Comprovante emitido às: **15:00:51** do dia **20/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A63B.2EB8.C890.988E**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.585.574-16**

Nome: **ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA**

Data de Nascimento: **20/08/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/05/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:46:48** do dia **20/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **637D.7D47.A87C.235A**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
 ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

FILIAÇÃO
 ARDINEAS COSTA BEZERRA
 EYLLATGE MARQUES CUNHA DA COSTA

NATURALIDADE
 RECIFE-PE

NO
 6246766 - 808/PE

VALIDADE DE GRADUAÇÃO E TÍTULO
 NÃO

DATA DE NASCIMENTO
 26/08/1988

CPF
 808.586.574-18

RA
 01

EXPIRAÇÃO DA
 12/03/2013

31722

RECEBIMENTO

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10283310

USO OBRIGATÓRIO
 IDENTIDADE CIVIL PARA TUDO DE FINE LEGAL
 (Art. 15 da Lei nº 8.966/94)

Foto

ASSINATURA DO PORTADOR

RECEBIMENTO

COMPREV

COMPRESSÃO DE **RECEBIMENTO SIA**

20 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

5.321.135 08/03/2013

JOSE RIBEIRO DE CARVALHO >>

JOSE RODRIGUES DE CARVALHO >>

JADETE RIBEIRO DE CARVALHO >>

EC-PE - PE

29/11/1978

GN 3792 L3-A F 229 CART. MAQ. ALENA-

SCPE-PE 29.12.1978 >>

069-004-08

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

EC-1

JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

CARTÃO DE IDENTIDADE

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.

JAN 2000

BANCO DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

041.069.004-08

Nome

JOSE RIBEIRO

Matrícula

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200440598

Nome do(a) Examinado(a): Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Machado, 95, , Recife/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 5321135

Data e local do acidente: 01/03/2019 - Recife/PE

Data e local do exame: 17/12/2020 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

fratura de 5 metatarso esquerdo

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

imobilização gessada, não fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta em 25/06/19.

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

Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha normal, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

limitação de grau leve do pé esquerdo, com bloqueio articular.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

Pé Esquerdo - Leve - 25%

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



Leonardo Neves
Médico
CRM 11742

**CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES DE DEFESA SOCIAL****CERTIDÃO**

Nº 44/2019

Declaro para os devidos fins, e por ter sido solicitado pelo(a) Sr(a) JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO, CPF: 04106900408, RG: 5321135, residente na RUA ANTÔNIO MACHADO, 95, - CORDEIRO - RECIFE/PE, que após buscas no Comprovante de Ocorrências foi encontrado o registro que segue:

B1230972

Nome do solicitante: SD ALAN MARTINS MATRIC. 110125-0 PATRI 510217

Endereço: AV CAXANGA - MADALENA - RECIFE

Ponto de Referência: EM FRENTE AO COLEGIO DE FORMAÇÃO INTEGRAL

Natureza: ATROPELAMENTO

Atendido em: 01/03/2019 10:37:08

Finalizado em: // -

Viatura(s): AR 827, MR CMAN, GT13203, GT13000

Comentários da ocorrência:

RELATA QUE FOI PEGAR UMA VIATURA NA OFICINA PATRIMONIO 510217 ONDE ATROPELOU UM TRASEUNTE, CORTOU O BRAÇO ESTÁ SENTIDNO DORES NAS COSTAS

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE TRANSITO LOCAL

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

Ocorrência = M10343875 D625971

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

E,PRATA,2018,RECIFE,PE,9BGJG7520JB125877,100,AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRACAO NAO CONCLUIDO PENDÊNCIA INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRE

CB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA OFICINA

E SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE TRANSITO LOCAL

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas

20 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

GT13203

CMT INFORMOU QUE ESTEVE NO LOCAL

B

BBBBBBBBBBBBBB

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

Ocorrência = M10343965 B1230999 M10343875 D625971

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

** PDL0197, CITYLOC, CHEV/SPIN 1.8L MT LS

E, PRATA, 2018, RECIFE, PE, 9BGJG7520JB125877, 100, AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRAÇÃO NÃO CONCLUÍDO PENDÊNCIA

INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRE

CB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMÔNIO 510217 QUE ESTAVA NA OFICINA

E SEGUINDO PARA O BATALHÃO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM UM

TRANSEUNTE.

VÍTIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JÁ SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE TRANSITO

LOCAL

NÃO AFETO À PMPE

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas

VÍTIMA, JOSIAS JOSE RIBEIRO MELO, 40 ANOS, RG. 5321135 SDS/PE, SOCORRIDA PELO

SAMU VTR BÁSICA 2 RECIFE SOCORRISTAS, ALDO E JOSIVAN, SEGUNDO OS

SOCORRISTAS A

VÍTIMA NÃO COLABOROU COM A ASSISTÊNCIA DELES, CONDUZIDO A UPA DE OLINDA

CTTU NO LOCAL SOLICITANDO O IC NO LOCAL

GT13203 EM APOIO

Z=.

IC NO LOCAL

PERITO: ANDRÉ AMARAL, MAT 212335-5 VTR UP 014

FINALIZADO AS 14:10

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

Ocorrência = M10343965 B1230999 M10343875 D625971

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

** PDL0197, CITYLOC, CHEV/SPIN 1.8L MT LS

E, PRATA, 2018, RECIFE, PE, 9BGJG7520JB125877, 100, AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRAÇÃO NÃO CONCLUÍDO PENDÊNCIA

INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRE

CB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMÔNIO 510217 QUE ESTAVA NA OFICINA

E SEGUINDO PARA O BATALHÃO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM UM

TRANSEUNTE.

VÍTIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JÁ SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE TRANSITO

LOCAL

NÃO AFETO À PMPE

Spink 7 maio

GGPOC: IC/BASE CIENTE ÀS 12:35 HS.

Ocorrência Duplicada: Solicitante = SD ALAN MARTINS MATRIC. 110125-0 PATRI
RELATA QUE FOI PEGAR UMA VIATURA NA OFICINA PATRIMONIO 510217 ONDE
ATROPELOU UM

510217, Fone = 81 986159751, Ocorrência = M10343970 M10343843 B1230972 D625968
TRASEUNTE, CORTOU O BRAÇO ESTÁ SENTIDNO DORES NAS COSTAS

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO
LOCAL

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

Ocorrência = M10343875 D625971

E,PRATA,2018,RECIFE,PE,9BGJG7520JB125877,100,AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRAÇÃO NAO CONCLUIDO PENDÊNCIA

INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRE

CB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA
OFICINA

E SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM
UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS
LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO
LOCAL

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas

GT13203

CMT INFORMOU QUE ESTEVE NO LOCAL

BBBBBBBBBBBBBBBB

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

Ocorrência = M10343965 B1230999 M10343875 D625971

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

E,PRATA,2018,RECIFE,PE,9BGJG7520JB125877,100,AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRAÇÃO NAO CONCLUIDO PENDÊNCIA

INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRE

CB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA
OFICINA

E SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM
UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS
LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO
LOCAL

NÃO AFETO À PMPE

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas

VÍTIMA, JOSIAS JOSE RIBEIRO MELO, 40 ANOS, RG. 5321135 SDS/PE, SOCORRIDA PELO
SAMU VTR BASICA 2 RECIFE SOCORRISTAS, ALDO E JOSIVAN, SEGUNDO OS

COMPREV

COMPREV

20 MAI 2019

PROTOCOLO

ENCIA RECIFE

Ambrósio

SOCORRISTAS A
VÍTIMA NÃO COLABOROU COM A ASSISTENCIA DELES, CONDUZIDO A UPA DE OLINDA

CTTU NO LOCAL SOLICITANDO O IC NO LOCAL
GT13203 EM APOIO
Fim de dados de Ocorrências Duplicadas
Supervisor instructed

GGPOC: IC/BASE EM QRD AO LOCAL DA QTC ÀS 12:55 HS.

GGPOC: IC BASE INFORMA A CHEGADA NO LOCAL ÀS 13:01 H.

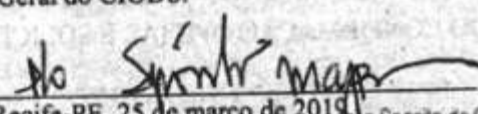
Fim de dados de Ocorrências Duplicadas
GT13000 ESTEVE NO LOCAL

** Event M10343970 transferred from PMPE/2BPM to PMPE/13BPM as M10343970 at 01/03/2019
14:38:23

OCOR. DUPLA M10343843

RETIFICANDO O NOME DA VITIMA: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO RG : 5321135
CPF :
041069004-08

E por mais nada haver, vai assinada por mim, Cel RRPM PAULO ROBERTO CABRAL
DA SILVA, MAT 1867-8, Gerente Geral do CIODS.


Recife-PE, 25 de março de 2019

Paulo Sposito de Oliveira Júnior
Maj QOPM
Mat. 940241-1

A descrição do fato contida neste documento refere-se, tão somente, às informações repassadas pelo solicitante por ocasião da denúncia.

COMPREV
COMPRESSÃO DE IMPRESSÃO S/A

20 MAI 2019

PROTOCOLO
CIODS RECIFE



[illegible]

FUNDACÃO MANOEL DE SILVA RIBEIRO
UPN CARIÓTIPO
EXAME RÁPIDO
Código Paciente: 418002
Nome Paciente:
JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO
Data Nascimento: 28/11/1979 Sexo: Masculino
Assinatura: 1273679
Data Recebimento: 01/03/2019
Turno: 262129
Data de Fim: 01/03/2019 13:48:00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200440598

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Data do acidente: 01/03/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de 5 metatarso esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha normal, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, imobilização gessada, não fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta em 25/06/19

Sequelae permanentes: Déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 17/12/2020

Conduta mantida:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200440598

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Data do acidente: 01/03/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de 5 metatarso esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha normal, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, imobilização gessada, não fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta em 25/06/19

Sequelae permanentes: Déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 17/12/2020

Conduta mantida:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200440598 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO DIREITO. P.8
FRATURA NO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1-3(OUTROS)?? / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200440598 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO DIREITO. P.8
FRATURA NO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1-3(OUTROS)?? / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190333123 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO DIREITO.
FRATURA NO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. P.8
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190333123 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO DIREITO.
FRATURA NO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. P.8
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



ASSESSORIA E CONSULTORIA JURÍDICA
Advocacia Previdenciária

OUTORGANTE: JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, auxiliar de portaria, portador da carteira de identidade 5.321.135 SDS/PE e inscrito sobre o CPF/MF nº 041.069.004-08, residente e domiciliado Rua Antônio Machado, nº 95, Cordeiro, Recife/PE, CEP: 50.630-770.

OUTORGADOS: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 31.722, portadora da cédula de identidade nº 6240755 SDS/PE, inscrita no CPF/MF sob nº 059.585.574-16, **ABDINÉAS DA COSTA BEZERRA JÚNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE 30.852, portador da cédula de identidade nº 6965124 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob nº 064.721.864-05 e **DANIELLE DA COSTA BEZERRA RAPOSO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 37.986, portadora da cédula de identidade nº 5536686 SD/PE, inscrita no CPF/MF sob nº 024.317.294-00, todos com endereço profissional à Av. General San Martin, nº 80, Cordeiro, Recife/PE, CEP 50630-060, local onde receberão as intimações e notificações de estilo.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

DECLARAÇÃO: O (A) OUTORGANTE, não tenho condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio ou da família, declara-se pobre na forma da Lei 1.060/50 e suas alterações, assumindo a responsabilidade ora aqui declarada, inclusive penal, cível e administrativamente.

Recife, 09 de maio de 2019.

IMDALENA

Josias José Ribeiro de Carvalho

JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168666/19

Número do Sinistro: 3190333123

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

CPF: 041.069.004-08

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 01/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO : 041.069.004-08

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2019
Nome: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA
CPF: 059.585.574-16

ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168666/19

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

CPF: 041.069.004-08

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 01/03/2019

Titular do CPF: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA : 059.585.574-16

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

JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO : 041.069.004-08

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/05/2019
Nome: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA
CPF: 059.585.574-16

ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351365/20

Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

CPF: 041.069.004-08

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 01/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Josias Jose Ribeiro de Carvalho : 041.069.004-08

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.