

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DANILO IVO DE ALENCAR LIMA, brasileiro, solteiro, desempregado, CPF nº 059.733.384-01, residente na Rua José Carneiro Lino, 130 C, Alto 13 Maio, Nova Descoberta, Recife-PE, CEP.52.090-061, CPF nº 059.733.384-01.

OUTORGADOS: ANNA RAQUEL SOUZA DE FREITAS, brasileira, casada, advogada, inscrito na OAB/PE sob o n.º 17.924, ANTÔNIO AUGUSTO DE SOUZA CAVALCANTI, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o n.º 17.926, CARLOS EDUARDO C. PADILHA DE BRITO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o n.º 18.639 e portador do CPF/MF n.º 922.084.364-15 JOEL BEZERRA LÊDO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o n.º 25.276, BRUNO LEONARDO NOAVES LIMA, OAB/PE 22.090, todos com escritório profissional à rua Estado de Israel, nº. 334, Sala 209, Ilha do Leite, Recife-PE.

PODERES: Os gerais da cláusula "ad judícia", para representar o Outorgante perante O Justiça Cível, em qualquer instância ou Tribunal, praticando, todos os atos necessários a bem dos direitos e interesses do outorgante, tudo fazendo para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, podendo, inclusive, substabelecer esta a quem lhe convier.

Recife, 19 de novembro de 2018.

OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS

Pelo presente Instrumento Particular de Contrato de Honorários, lido e firmado pelo acima Outorgante, ora CONTRATANTE, e pelo anteriormente outorgado, daqui em diante denominado CONTRATADO, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) do valor bruto da condenação ou acordo realizado entre as partes litigantes, autorizando o CONTRATANTE, inclusive, ao MM. Juiz Presidente de Vara ou Tribunal onde tramita o feito, a reter em favor do CONTRATADO ditos honorários advocatícios, nos termos do presente contrato, liberando-os, se necessário, através de Alvará Judicial, autorizando de logo o recebimento e levantamento junto às instituições financeiras.

Recife, 19 de novembro de 2018.

CONTRATANTE

CONTRATADO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

HOME
DANILO IVO DE ALENCAR LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6960942 SDB PE

CPF
059.733.384-01 DATA NASCIMENTO
15/03/1987

FILIAÇÃO
**CLAUDIO ANTONIO DE LIMA
A
ROSANA MARIA DE ALENCA
R ARAUJO**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AD

Nº REGISTRO
04557650174 VALIDADE
31/05/2023 1ª HABILITAÇÃO
27/01/2009

OBSERVAÇÕES
CETCP
CETCP
RAR
CMT7

ASSINATURA DO PORTADOR
Daniilo Ivo de Alencar Lima

LOCAL
RECIFE, PE DATA EMISSÃO
04/06/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
**24505520490
20866071769**

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1676474883

PROIBIDO PLASTIFICAR
1676474883

DFACAL

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUL 2018

SEGURANÇA



http://200.138.83.36/pernambuco/VinculizarV...?id=94&id02=7185003&msB4... 28/06/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 004ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESPINHEIRO - DP4ªCIR C
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0094001857

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/06/2018 às 12:16

Complemento e BO Número: 17E0094001903

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Quilômetro (Consumado) que aconteceu no dia 28/06/2017 às 18:30

Lugar ocorrido no endereço: **BAIRRO DE DERBY (BAIRRO), 1, AV AGAMENON MAGALHÃES -
Bairro: DERBY - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO
RESTAURANTE SPETTUS
Local do Fato: VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MAXWELL SANDOW DE ALENCAR LIMA (OUTRO)
DANILO IVO DE ALENCAR LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): DANILO IVO DE
ALENCAR LIMA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

**DANILO IVO DE ALENCAR LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSANA MARIA DE
ALENCAR ARAUJO Pai: CLAUDIO ANTONIO DE LIMA Data de Nascimento: 15/03/1987 Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentar: 8860942806/PE (RG) 05273332401 (CPF) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO (Profissão): MOTOTAXISTA Telefones Celulares:
- 887971205**

Endereço Residência: **BAIRRO DE NOVA DESCOBERTA (BAIRRO), 130, RUA JOSE CARNEIRO LINS 130 C
ALTO TREZE DE MAIO NOVA DESCOBERTA - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MAXWELL SANDOW DE ALENCAR LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSANA
MARIA DE ALENCAR ARAUJO Pai: CLAUDIO ANTONIO DE LIMA Nacionalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

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



MOTO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **MAXWELL SANDOW DE ALENCAR LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DANILO IVO DE ALENCAR LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NS**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTO FAN ANO 2012 PLACA PGI 4687 EM NOME DE MAXWELL SANDOW DE ALENCAR LIMA IRMÃO DA VITIMA**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: **NS**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **AUTOMOVEL PALIO DE COR VERDE**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE BATEU NA TRAZEIRA DO VEICULO CITADO ANTERIORMENTE DESLOCANDO SEU OMBRO DIREITO SENDO NECESSARIO UMA CIRURGIA PARA REFAZER O MESMO INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRENCIA DE NUMERO 6 317736 ENCAMINHADO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA. OBS: O MESMO TEM COMO PROFISSÃO MOTOBÓY A MOTO ESTAVA EM POSSE DA VITIMA

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

DANILO IVO DE ALENCAR LIMA

(VITIMA)

X Danilo Ivo de Alencar Lima



B.O. registrado por: **EDVALDO DIONIZIO DO AMPARO** - Matrícula: 3810958



UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 08/04/2017 19:20

	Nome Paciente: DANILO IVO DE ALENCAR LIMA
	Cód. Paciente: 160742
	Data de Nascimento: 15/03/1987
	Sexo: Masculino
	Idade: 30
	Senha: A0181
	Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento: 943229 
	SAME:

Período: 08/04/2017 19:25 - 08/04/2017 19:27

JENIFER RODRIGUES DE OLIVEIRA - COREN: 95680 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Alergia(s): - DIPIRONA - EDEMA

Queixa Principal: DOR INTENSA EM OMBRO DIREITO APÓS ACIDENTE DE MOTO HÁ 1H

Observação: NEGA TRAUMA CEFALICO

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

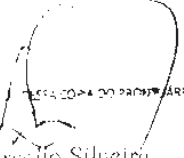
Discriminador(es): - DOR MODERADA?

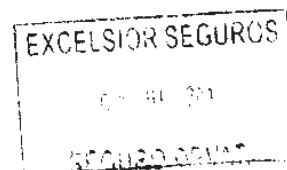
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 6
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- DIPIRONA	- EDEMA


Dr. Marcelo Silveira
CRM: 22.222



Acolhido(a) por: JENIFER RODRIGUES DE OLIVEIRA - COREN: 95680 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/05/2017 10:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

UPA_IMBIRIBEIRAmarcello@o



Boletim de Pronto Atendimento de Emergência e Urgência

Queixa Principal / História

Queda de moto há 1h - Trauma em ombro D.
Capacete +
Negativa desmaios/náuseas/vômitos/dispneia.

Antecedentes

SIM NÃO
DM:
HAS:
Medicamentos:
Alergia:

Exame Físico

EG Bom Orientado e Conversando Consciente Hidratado
Nutrido Corado Acianótico Anictérico
Eupnéico Afebril Sem Edemas

	Não Examinado	Normal	Alterada	Observação
ACV:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AR:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AD:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SN:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SGU:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ORL:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pele:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

AP. Locomotor:

EDEMA DOR A MOVIMENTAÇÃO EQUIMOSE HEMATOMA DEFORMIDADE ÓSSEA

Outros:

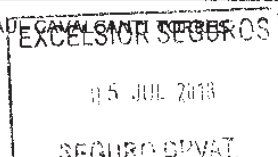
Aferições

PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O2
		18					

Recife, 15 de Maio de 2017

IPAS
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
RECIFE - APLICABILIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO FLETCÔNICO
Dr. Marcello Silveira
CRM: 20730

Médico: MARCELO RADECAVALGANTI TORRES
CRM: 20730



Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328



Prescrição.: 1297598 Data: 08/04/2017 20:03
Usuário.....: MARCELORCT
Atendimento: 943229 Dt Nasc: 15/03/1987 (30a 2m 1d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente....: 160742 - DANILO IVO DE ALENCAR LIMA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 08/04/2017 19:35 0 Dias(s) int
Médico.....: MARCELO RAUL CAVALCANTI TORRES - CRM 20730
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. int.: ATENDIMENTO-SPA Leito... Cobertura:
Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo... /
Diagnóstico:
Protocolo...
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



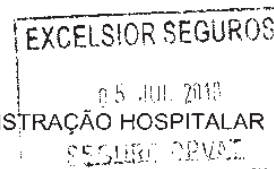
Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: DIPIRONA

PRESCRICAO MEDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
2 REDUCAO INCRUENTA	1					
3 C.C. TIPOIA G	1					
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	2	UN				

UPAS
UPA IMBIRIBEIRA
OBS: NÃO FAÇA A VERIFICAÇÃO DE DESSA COPIA DO PRONTUÁRIO
MEDICINA ELETRÔNICA
Dr. Marcello Silveira
CRM 20730



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



DIAGNÓSTICO

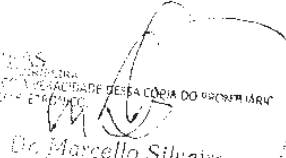
Atendimento: 943229 Prontuário: 160742 Data do atendimento: 08/04/2017 19:35:00
Paciente: DANILO IVO DE ALENCAR LIMA Idade: 30 anos e 2 meses
Convênio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO
Médico(a) Assistente / CRM: MARCELO RAUL CAVALCANTI TORRES / CRM 20730
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 08/04/2017

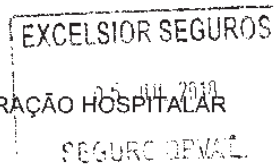
CID PRIMÁRIO: M796 - DOR EM MEMBRO

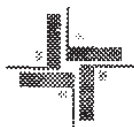
TEMPO DE DOENÇA: 1 Hora(s)

CIDS SECUNDÁRIOS:

UPA IMBIRIBEIRA
UNIDADE DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE COLETA DO PRONTUÁRIO
MEDICINA ELETRÔNICA

Dr. Marcello Silveira
CRM 20730 - RORAMA 2017

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





NOME: DANILO IVO ALENCAR LIMA

R: 5357917

DATA INTERNAMENTO: 30/06/2017

DATA DE CIRURGIA: 30/06/2017

DATA ALTA: 01/07/2017

DIAGNÓSTICO: Instabilidade glenoumeral multidirecional do ombro DIREITO

PROCEDIMENTO REALIZADO: TRATAMENTO DE INSTABILIDADE MULTIDIRECIONAL + ACROMIOPLASTIA + OSTEOTOMIA DA ESCÁPULA + TRANSFERÊNCIA MUSCULARLIGAMENTAR A DIREITA

RESUMO DA INTERNAÇÃO

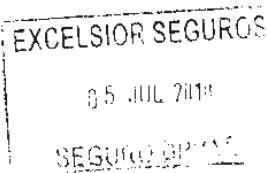
Foi submetido a tratamento cirúrgico citado. Procedimento sem intercorrências. Evolui assintomático e sem queixas. Recebe alta hospitalar em bom estado geral e ferida operatória com bom aspecto

Orientações:

- 1- Retornar ao ambulatório de Dr. Tiago Nogueira em 17/07/2017 às 6h, no Prédio dos Ambulatórios, 5º andar;**
- 2- Curativo diário;**
- 3- Seguir Prescrição Médica**
- 4- Tipóia**
- 5- exercícios conforme orientação**

01/07/17

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.098





FPMF –
Hospital Prof. Oscar Coutinho
GRUPO DE ORTOPEdia

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: DANILO IVO DE ALENCAR LIMA

Reg: 5329568

DATA DO INTERNAMENTO: 30/06/2017

DATA DA ALTA: 01/07/2017

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA
CITADÔ FOI SUBEMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO
E NECESSITA SE MANTER AFASTADO DE SUAS
ATIVIDADES (TRABALHO OU ATIVIDADES ACADÊMICAS),
POR UM PERÍODO DE 15 DIAS A PARTIR DO DIA 01/07/2017

CID: S43,0

Claudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.099

RECIFE, 01/07/2017

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUL 2017

SEGUROS





RECEITUÁRIO MÉDICO
GRUPO ORTOPEDIA

NOME: DANILO IVO ALENCAR LIMA
R: 5357917

VIA ORAL

1. CEFALEXINA 500MG ----- 28 CP
TOMAR 01 CP DE 6/6H POR 07 DIAS
06h-12h-18h-00h

2. DAPIRONA 500MG ----- 01 CAIXA
TOMAR 02 CP DE 6/6H SE DOR.

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.099

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE

01/07/17

EXCELSIOR SEGUROS

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.099

05 JUL 2017




IMIP
RECEITUÁRIO MÉDICO
GRUPO ORTOPEDIA

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

NOME: DANILO IVO ALENCAR LIMA
CPF: 5357917

VIA ORAL

1. PARACETAMOL 500 MG+ CODEINA 30 MG ----- ICX

TOMAR 1 COMP ATÉ DE 8/8HS SE DOR INTENSA

01/7/2017

Data

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.099

ASS

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome	
Ident.	Org. Emissor
End.	
Cidade	UF
Telefone	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	Data

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUL 2018

SEGUROS





COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Instituto de Medicina Integral
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

RECEITUÁRIO

Nome: Fra de Alencar Lima

Retornar de alta após cirurgia
anterior de instabilidade glenohumeral
de direita há 09 meses.

Retornar após avaliação de rotina no
dia 08/04/2018.

No momento, não apresenta
limitação funcional
CID = S43.0

Dr. L. L. Nogueira
Cirurgião do Ombro e Cotovelo
CRM: 19865-7/PEOT-14497

09/04/18

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUL 2018

SEGURO PRIVADO





192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

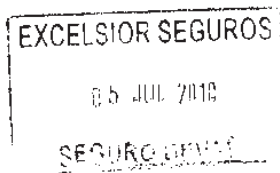
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 075.04.2017
EM: 24.04.2017

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **DANILO IVO DE ALENCAR LIMA**, portador do Documento de Identidade nº **6960942** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **059.733.384-01**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-317736**, que no dia 08 de abril de 2017, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente envolvendo moto, por volta das 18h50, na Avenida Gov. Agamenon Magalhães, nas imediações do Restaurante Spettus, em frente da Clínica Pronto pele, Derby, Recife/PE e, encaminhado para UPA Imbiribeira.
Recife, 24 de abril de 2017.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife





Instituto de Medicina Integral
 Fernando Figueira - IMIP
 CNPJ: 10.98.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano
 Fernandes
 IMIP HOSPITALAR
 CNPJ: 09.039.744/0001-94

RECEITUÁRIO

Leão o Novo

Passar dentro no de Auer
 Lima, Vitor de Azevedo de
 Moura, W. ASMI 2002 de
 Souza e INTRODUÇÃO GROSS-
 LINDA DIVERSA, FOR SUBVIR
 A TRANSMISSÃO GROSSA em
 BRUNO Oliveira em 30/06/2019.
 Hoje, encerra-se seu período,
 Apto para o trabalho

CIN 543

Jobo Bosco B. C. Neto
 Cirurgião de Oftalmologia
 CRP: 25670

130918

MÃOS - LAVAGEM RIGOROSA ANTES E APÓS MANUSEAR O PACIENTE



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO IVO DE ALENCAR LIMA**

Nº Sinistro: **3180446418**

Vítima: **DANILO IVO DE ALENCAR LIMA**

Data do Acidente: **08/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180446418**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **08/04/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13441988



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO IVO DE ALENCAR LIMA**
Nº Sinistro: **3180446418**
Vitima: **DANILO IVO DE ALENCAR LIMA**
Data do Acidente: **08/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180446418**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13400714



Prefeitura do Recife
Secretaria de Educação, Esporte e lazer
Escola Municipal Renato Accioly Carneiro Campos
Santa Rosa, 140 Alto Jardim Progresso
Nova Descoberta - Recife - PE - RPA 03
Portaria 03/97 D.O. 23/08/97 N° 000123
Aut. Educ. D. O. 13/11/2004



**PREFEITURA DO
RECIFE**
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

ESCOLA MUNICIPAL RENATO ACCIOLY CARNEIRO CAMPOS

Rua Santa Rosa, 140 Alto Jardim Progresso - Nova Descoberta - Recife
Telefone: (81) 3355-6590

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o (a) aluno (a) DOUGLAS VITOR DA SILVA LIMA, encontra-se devidamente matriculado (a) e frequentando as aulas nesta Unidade Escolar na turma do 3º ano Turma A no horário das 07:30 às 11:40 (**Frequência Relativo ao ano de 2017**).

MAPA DE FALTAS

MÊS	FALTAS	PORCENTAGEM FREQUÊNCIA	JUSTIFICATIVAS
FEVEREIRO	01	93,7 %	-----
MARÇO	01	95,4 %	-----
ABRIL	00	100 %	-----
MAIO	00	100 %	-----
JUNHO	01	95,0 %	-----
JULHO	00	100 %	-----
AGOSTO	00	100 %	-----
SETEMBRO	00	100 %	-----
OUTUBRO	00	100 %	-----
NOVEMBRO	00	100 %	-----
DEZEMBRO	00	100 %	-----

Recife, 28 de Julho de 2017

Assinatura

Margarda V. de Santana
Vice Gestora
Mat. 68858-2





AL SERVIÇOS

Sempre Prontos

DECLARAÇÃO

AL SERVIÇOS DE ENTREGAS RÁPIDAS EIRELI - ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 20.727.879/0001-85, com sede na Rua Dr. João Tavares de Moura, 57/99 - Sala 01, declara, para os devidos fins, que o Sr. Danilo Ivo de Alencar Lima, inscrito no CPF sob o nº 059.733.384-01 e no PIS 16163780354-01, nosso funcionário, encontra-se afastado de suas atividades profissionais desde o seu último dia de trabalho em 30/06/2017, em decorrência de atestado médico regido pelo Dr. Caio Francisco de A. Cavalcanti, CRM-PE 22686.

Olinda, 03 de agosto de 2017

20.727.879/0001-85
AL SERVIÇOS DE ENTREGAS
RÁPIDAS EIRELI - ME
Rua Dr. João Tavares de Moura, 57/99 Sl. 01
Peixinhos - CEP: 53.230-290
Olinda - PE

AL Serviços de Entregas Rápidas Eireli - ME

AL SERVIÇOS DE ENT. RAP. EIRELI - ME
Josué de Oliveira Pinto Junior
COORDENADOR ADMINISTRATIVO
Josué de Oliveira Pinto Junior

Coordenador





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª CIRCUNSCRIÇÃO-ESPINHEIRO

19085/A

Ofício n.º 204/2017-SC

Recife, 03 de julho de 2017

Senhor Gerente,

Pelo presente solicito providências de V.S^a., no sentido de submeter a uma **PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA** a pessoa abaixo qualificada:

NOME: **Danilo Ivo de Alencar Lima**

IDENTIDADE N.º. **6960942 SDS/PE**

IDADE: **30 anos**

ESTADO CIVIL: **Solteiro**

PROFISSÃO: **Motoboy**

NACIONALIDADE: **Brasileiro** NATURALIDADE: **Recife/PE**

FILIAÇÃO: **Claudio Antonio de Lima e Rosana Maria de Alencar Araujo**

RESIDENTE NA: **Rua Jose Carneiro Lins, 130-C, Alto Treze de Maio, Nova Descoberta, Recife/PE**

O Competente Laudo Pericial deverá ser encaminhado à **4ª CIRC-Delegacia do Espinheiro**.

Atenciosamente,


Breno Maia da Silveira Barros
DELEGADO(A) DE POLÍCIA

A Sua Senhoria

O Senhor

Gerente do Instituto de Medicina Legal Persivo Cunha



 PREVIDÊNCIA SOCIAL	Comunicação de Acidente de Trabalho Número da CAT:2017.127.417-2/01
---	--

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	10/04/2017
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	RITTERCERIZE@GMAIL.COM

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	AL SERVICOS DE ENTREGA RAPIDA EIRELI - ME		
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 207278790001-85	CNAE	53202
CEP	53230290	Endereço	R DR. JOAO TAVARES DE MOURA 57/99 SALA 01
Bairro	PEIXINHOS	Estado	PE
Município	OLINDA	Telefone	0081-21215390

Informações do Acidentado

Nome	DANILO IVO DE ALENCAR LIMA	Data Nascimento	15/03/1987
Nome da Mãe	ROSANA MARIA DE ALENCAR ARAUJO	Sexo	Masc
Grau de Instrução	6 - Ensino médio completo	Remuneração	937,00
Estado Civil	Casado	Identidade	69610942 Dt. emissão: Org Exp: 01 UF: PE
CTPS	024147 Série: 00079 Dt. emissão: UF: PE	Endereço	R JOSE CARNEIRO LINS
PIS/PASEP/NIJ	16163780354	CEP	52090061
Bairro	NOVA DE SCOBERTA	Município	RECIFE
Estado	PE	CBO	519110 - MOTOCICLISTA NO TRANSPORTE DE DOCUMENTOS E
Telefone		Área	Urbana
Aposentado	Não		

Informações do Acidente

Data do Acidente	08/04/2017	Hora do Acidente	18:30
Horas Trabalhadas	00:00	Tipo	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	3 - Área Pública	Esp. Local	AVENIDA
CGC da Prestadora	CNPJ --	UF do Acidente	PE
Município do Acidente	RECIFE	Último dia Trabalho/Dt Óbito	08/04/2017
Parte do Corpo	75.60.20.000 - OMBRO		
Agente Causador	30.30.75.250 - VEICULO RODOVIARIO MOTORIZADO		
Sit. Gerador	20.00.04.600 - IMPACTO DE PESSOA CONTRA OBJETO EM		
Morte	Não	Data Óbito	

08 de Abril de 2017
Local e Data

AL SERVICOS DE ENT. RAP. EIRELI - ME
Assinatura e carimbo do emitente
Josue de Oliveira Pinto Junior

Informações do Atestado Médico

Unidade	UPA	Data	08/04/2017
Hora Atend.	19:35	Houve Internação?	Não
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 075 dias)		
Nat. Lesão	70.20.30.000 - LUXACAO		
CID - 10	S43.0 - Luxacao da articulacao do ombro		
Observações	CRM	0000020730 - UF: PE	

Local e Data

Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 11/04/2017 às 11:18:07

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.



Paciente: 0000160742 DANILO IVO DE ALENCAR LIMA
Nascimento: 15/03/1987 30 Anos 0 Mês 24 Dias Sexo:
Atendimento: 00943229 Data Atendimento: 08/04/2017 19:35

Atesto para devidos fins que o (a) Sr.(a) DANILO IVO DE ALENCAR LIMA foi atendido(a)
no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000160742 e número de
atendimento 00943229 em 08/04/2017 às 22:07 apresentando o diagnóstico S43.0 e necessita de
15 Quinze dia(s) de afastamento das suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data.

Recife, 08 de Abril de 2017

MARCELO RAUL CAVALCANTI TORRES
Unidade - Imbiribeira - PE
08/04/2017

Médico: MARCELO RAUL CAVALCANTI TORRES
CRM: 20730

Eu DANILO IVO DE ALENCAR LIMA
código (CID-10) pelo médico acima assinado.

autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: DANILO IVO DE ALENCAR LIMA

USO ORAL

1. Proflam 100mg 01 caixa
1 comprimido de 12 em 12 horas por 3 dias

Recife, 08 de Abril de 2017

Marcelo Raul Cavalcanti Torres
Ortopedia - Traumatologia
CREMEPE 20730

Médico: MARCELO RAUL CAVALCANTI
TORRES
CRM: 20730



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: **DANILO IVO DE ALENCAR LIMA**

AO AMBULATÓRIO DO OMBRO

HD: Luxação glenoumeral D em 08/04/17
Realizada redução incruenta em nosso serviço com sucesso.

REAVLIAÇÃO AMBULATORIAL EM 1 SEMANA.

Recife, 08 de Abril de 2017

Marcelo Raul Cavalcanti
Ortopedia - Traumatologia
UPA24h

Médico: **MARCELO RAUL CAVALCANTI**
TORRES
CRM: **20730**





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 15163780354

Número do Benefício: 6193662549

Espécie: 91

Número do Requerimento: 181699087

Ao Sr. (a): DANILO IVO DE ALENCAR LIMA

Endereço: JOSE CARNEIRO LINS 130, NOVA DESCOBERTA

CEP: 52090061

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.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 17/07/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 30/09/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (30/09/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 30/09/2017 (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 do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 136 da Central de Atendimento do INSS ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 29 da Lei 8.213 de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso por parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.

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 11.195/15.

Data, 4 de Agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência RECIFE MARIO MELO
CEP: 50040010 Município: RECIFE

Endereço: AV MARIO MELO 343 TRÉUREQ. SANTO
UF: PE AMARÓ

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.

Assinatura do Requerente / Representante Legal





Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira - IMIP
Rua dos Coelhos, 300
Boa Vista - Recife - PE
CEP: 50070-550

RA: 79689277 - DANILO IVO DE ALENCAR LIMA 30 anos 1 mes 9 dias Sexo : M
Dr.(a): NI - ILEGIVEL
Entrada: 19/04/2017 09:42:53
Unidade: IMP-IMP - Posto: 000001 - AMBULATÓRIO DE URGÊNCIA Pronto-atendimento: 5357917 Cód.SUS: Local de Entrega: TAC-TERREO
AMBULATÓRIO CENTRAL
Coleta: 19/04/2017 09:43:35

Data de Nascimento: 15/03/1987

HEMOGRAMA

Resultado Atual	Resultados Anteriores		Valor de Referência	
	Laudo Evolutivo	Homens	Mulheres	
ERITROGRAMA				
Hemácias	4,83 x10 ¹² /µL	4,9	4,0	5,4
Hemoglobina	14,6 g/dL	13,0 - 18,0	12,0 - 16,0	9,0 - 12,0
Hematócrito	40,9 %	40	38	47
VCM	84,7 fL	80 - 100	80	100
HCM	30,2 pg	27 - 32	27 - 32	31 - 34
CHCM	35,7 g/dL	32 - 37	32	37
RDW	14,0 %	10 - 15	10	15
LEUCOCRAMA				
Leucócitos	100 %	4000	4000	11000
Neutrófilos	56,8 %	50 - 70	50 - 70	50 - 70
Eosinófilos	4,4 %	1 - 6	1	6
Basófilos	0,4 %	0 - 2	0	2
Linfócitos	33,1 %	20 - 40	20	40
Monócitos	5,3 %	2 - 8	2	8
Plaquetas	284.000/µL	150.000 - 450.000/µL		

Método: AUTOMÁTICO
Material: SANGUE TOTAL

Dr. Bruno Leonardo Novaes Lima
Método: DUKE

Data Assinatura: 19/04/2017 11:56:26

TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)

Resultado: 1,30 min

Método: DUKE

Dr. Danilo Ivo de Alencar Lima
Método: DUKE

Data Assinatura: 19/04/2017 12:22:05

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasil"
Os resultados obtidos deverão ser correlacionados com outros exames de laboratório.
Laboratório participante do programa PIM da Sociedade Brasileira de Imunologia Clínica
Rua Dr. João Távora, de Maracá, 57 Perimetros: 53230-740 Olinda - PE. Registro nº 0000191-1/2015. V. Página: 1/7



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira - IMIP
Rua dos Coelhos, 300
Boa Vista - Recife - PE
CEP: 50070-550

RA: 79689277 - DANILO IVO DE ALENCAR LIMA 30 anos 1 mes 9 dias Sexo : M
Dr.(a): NI - ILEGIVEL
Entrada: 19/04/2017 09:42:53
Unidade: IMP-IMP - Posto: 000001 - AMBULATÓRIO DE URGÊNCIA Pronto-atendimento: 5357917 Cód.SUS: Local de Entrega: TAC-TERREO
AMBULATÓRIO CENTRAL
Coleta: 19/04/2017 09:43:35

Data de Nascimento: 15/03/1987

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Resultado	Valor de Referência
6,00 min	De 4 a 10 minutos

Método: SAMUELSON

TP - TEMPO DE PROTROMBINA

Tempo de Protrombina: 13,1 seg.
Atividade de Protrombina: 100,0 %
INR: 1,00

Método: COAGULOMÉTRICO

Data Assinatura: 19/04/2017 11:40:05

TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

Tempo: 22,7 Seg.
Relação Paciente/Controle: 0,68

Método: COAGULOMÉTRICO

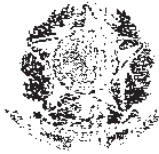
Data Assinatura: 19/04/2017 11:40:24

Dr. Danilo Ivo de Alencar Lima
Método: COAGULOMÉTRICO

Data Assinatura: 19/04/2017 11:40:24

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasil"
Os resultados obtidos deverão ser correlacionados com outros exames de laboratório.
Laboratório participante do programa PIM da Sociedade Brasileira de Imunologia Clínica
Rua Dr. João Távora, de Maracá, 57 Perimetros: 53230-740 Olinda - PE. Registro nº 0000191-1/2015. V. Página: 1/7



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

AJT: 18163720354

Número do Benefício: 6193662549 Espécie: 91

Número do Requerimento: 181699087

Ao Sr. (a): DANILHO DE ALENCAR LIMA

Endereço: JOSE CARNEIRO LINS 130, NOVA DESCOBERTA

CEP: 52090061 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 05/03/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 17/07/2017, informamos que foi reconhecida a condição de incapacidade, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 30/09/2017.

Se nos 15 (quinze) dias finais até a Data da Cassação do benefício (30/09/2017), V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 30/09/2017 (data da cassação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido 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.

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissionalidade, conforme parágrafo 2º do artigo 40 da Lei Nº8.213/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso à Junta de Recursos da Junta de Recursos da Previdência Social.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio-Doença que retornar voluntariamente à atividade profissional poderá ter 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 12.740/2012.

Data: 4 de Agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Assinada por: ANILTONIO DE ARAUJO JUNIOR
Endereço: AV. MARCO ANTONIO, 11811 - RECIFE - PE
CEP: 52090-000 Município: RECIFE UF: PE

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

Assinatura do Requerente / Representante Legal





PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUIÇÃO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

SEQ: 031417

DATA: 04/08/2017

NOME	OL	NB
DANILO IVO DE ALENCAR LIMA (NIT: 1616378035-4)	15.001.100	619.366.254-9

COMUNICAMOS QUE LHE FOI CONCEDIDO **AUXILIO-DOENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO(91)**
619.366.254-9 REQUERIDO EM **17/07/2017** COM RENDA MENSAL DE **R\$ 937,00** CALCULADA CONFORME ABAIXO,
 COM INÍCIO DE VIGÊNCIA A PARTIR DE **15/07/2017**

CASO NÃO TENHA FEITO OPÇÃO PELO CRÉDITO EM CONTA CORRENTE OU POUPIANÇA, COMPAREÇA A PARTIR DE **22/08/2017** NA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA
 INDICADA ABAIXO. MUNDO, OBRIGATORIAMENTE, DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO APRESENTADO NO ATO DO REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO, OS CRÉDITOS
 SUBSEQUENTES SERÃO EFETUADOS NO **4** DIA ÚTIL DE CADA MÊS

ÓRGÃO PAGADOR: AGÊNCIA BANCÁRIA

033461 - BRADESCO - AV. MARQUES DE OLINDA - URB **RECIFE**
 AV. MARQUES DE OLINDA 136 CENTRO **Leonardo de Melo Gadelha**
 Presidente do INSS

VIA SEGURADO

CÁLCULO DE BENEFÍCIOS SEGUNDO A LEI 9876, DE 29/11/1999
 (ATIVIDADE PRINCIPAL)

DATA	SALARIO	INDICE	SAL.CORR	DATA	SALARIO	INDICE	SAL.CORR	DATA	SALARIO	INDICE	SAL.CORR
05/2017	1.265,20	1,0005	1.265,94*	04/2017	1.218,10	1,0013	1.219,79*	03/2017	1.218,10	1,0045	1.223,69*
02/2017	1.218,10	1,0070	1.226,63*	01/2017	730,86	1,0112	739,07	04/2014	197,47	1,2477	246,39
03/2014	666,48	1,2579	838,41	11/2013	1.000,00	1,2901	1.290,10*	09/2013	172,34	1,3014	224,29
08/2013	378,24	1,3035	493,05	07/2013	395,04	1,3018	514,28	06/2013	344,64	1,3055	449,93
05/2013	361,44	1,3100	473,51	04/2013	275,28	1,3178	362,76	06/2012	960,09	1,3962	1.340,52*
05/2012	824,87	1,4039	1.158,05*	04/2012	749,37	1,4129	1.058,79*	03/2012	730,95	1,4154	1.034,62*
02/2012	675,31	1,4209	959,59*	01/2012	837,90	1,4282	1.196,70*	12/2011	646,38	1,4355	927,88*
11/2011	687,57	1,4436	992,63*	10/2011	658,38	1,4483	953,53*	09/2011	584,86	1,4548	850,86*
08/2011	684,69	1,4609	1.000,28*	07/2011	75,97	1,4609	1.097,11*	06/2011	785,47	1,4641	1.150,04*
05/2011	807,22	1,4724	1.188,62*	04/2011	697,33	1,4830	1.034,20*	03/2011	695,17	1,4928	1.037,80*
02/2011	714,79	1,5009	1.072,86*	01/2011	735,84	1,5150	1.114,99*	12/2010	635,58	1,5241	958,71*
11/2010	684,21	1,5398	1.053,57*	10/2010	748,82	1,5540	1.163,67*	09/2010	636,34	1,5624	994,21*
08/2010	626,77	1,5613	978,58*	05/2008	35,97	1,7473	62,85	04/2008	539,50	1,7585	948,71*
03/2008	539,50	1,7674	953,55*	02/2008	602,84	1,7764	1.070,93*	01/2008	609,70	1,7887	1.090,59*
12/2007	608,26	1,8060	1.098,57*	11/2007	605,19	1,8138	1.097,73*	10/2007	600,96	1,8193	1.093,32*
09/2007	605,19	1,8238	1.103,77*	08/2007	610,35	1,8346	1.119,75*	07/2007	613,55	1,8404	1.129,22*
06/2007	602,37	1,8461	1.112,08*								

* SALÁRIOS UTILIZADOS PARA CÁLCULO DA MÉDIA

TOTAL DOS SALÁRIOS CONTRIBUIÇÃO CORRIGIDOS	42.372,18	DIVIDIDO POR	39
SALÁRIO DE BENEFÍCIO (1.086,46)			
TEMPO DE SERVIÇO : 03 ANOS 11 MESES 15 DIAS			
RENDA MENSAL INICIAL (EM: R\$) (1.086,46 X 0,910)			937,00

*** NÃO HOUE GERAÇÃO DE CRÉDITOS ATRASADOS DE ANO ANTERIOR ***

*** NÃO HOUE GERAÇÃO DE CRÉDITOS ATRASADOS ***

6193662549





DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DO MES						
07/2017	REND.MENSAL	499,73	SAL. FAMILIA	1,07	AD ARRED CRE	0,20
TOTAL BRUTO		531,00	DESCONTO	0,00	LIQUIDO	531,00

COMPARECER A AGENCIA NA DATA 15/11/2017 P/COMPROVACAO DE DIREITO A COTA SAL. FAMILIA

OBS: E DE 10 (DEZ) ANOS O PRAZO PARA REVISAO DO ATO DE CONCESSAO, CONFORME LEI 8213/91 ART 103.

(*) Renda Mensal proporcional ao periodo de 15/07/2017 a 31/07/2017

A Previdencia Social informa que o(a) segurado (a) em auxilio doenca que retornar voluntariamente a mesma atividade, podera ter seu auxilio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6 e 7 do art. 60 da Lei n. 8213/91, com redacao dada pela Lei n.13135/15.

Prezado beneficiario,

O pagamento dos beneficios previdenciarios e assistenciais e realizado por intermedio de instituicoes financeiras contratadas pelo INSS.

Estas instituicoes financeiras devem garantir:

- O pagamento do beneficio conforme a data designada na Tabela de Pagamento de Beneficio, estabelecida pela Previdencia Social;
- O pagamento do beneficio pelo banco e agencia designados pelo INSS e, a utilizacao de cartao magnetico, em qualquer agencia ou terminal de autoatendimento;
- O Pagamento em local adequado, sem fila externa, nem fila com tempo de espera superior a trinta minutos ou de acordo com a legislacao local vigente;
- A opcao de receber o beneficio por meio de cartao magnetico, gratuitamente, sem necessidade da abertura de conta na instituicao bancaria designada ou por conta corrente, quando ja possuir e desde que seja um dos titulares. A emissao do primeiro cartao para saque do beneficio por meio magnetico tambem e gratuita;
- Uma transferencia mensal de valores, entre conta corrente / poupanca, gratuitamente, por meio da utilizacao do Documento de Ordem de Credito - DOC ou Transferencia Eletronica Disponivel - TED, para o banco de sua escolha, desde que possua conta corrente no banco que recebe o beneficio, de mesma titularidade e que a transferencia seja no valor total do beneficio;
- A emissao de cartao com a identificacao de que voce e um beneficiario da Previdencia Social, caso o seu pagamento seja na modalidade de credito em conta / poupanca. Esse cartao e opcional e a 1a via gratuita;
- A disponibilizacao do Demonstrativo de Credito do Beneficio - informe-se no banco pagador do beneficio sobre a disponibilidade deste servico;
- A disponibilizacao do Extrato Anual de Pagamento de Beneficios e da Declaracao de Rendimentos para fins de Imposto de Renda, se for o caso;
- O envio anual ao INSS, da comprovacao de vida do beneficiario e a alteracao de endereco, quando houver;

Caso essas regras nao sejam observadas pelos bancos, voce pode registrar reclamacao na Ouvidoria-Geral da Previdencia Social, pelo telefone 135.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 19085 / 2017

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 004A. CIRCUNSCRICAO - ESPINHEIRO
Ofício nº. 204 / 2017 Data 10 / 7 / 2017
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 004A. CIRCUNSCRICAO - ESPINHEIRO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 11:33 do dia 10 de Julho de 2017, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **DANILO IVO DE ALENCAR LIMA** filho(a) de **CLAUDIO ANTONIO DE LIMA** e de **ROSANA MARIA DE ALENCAR ARAÚJO**, de cor **Parda**, sexo **Masculino**, cabelo **Ondulado**, estado civil **Solteiro (a)**, aparentando a idade de **30 Anos**, peso **Normal**, de estatura **Alta**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 6960942**, profissão **MOTOBOY**, endereço **RUA JOSÉ CARNEIRO LINS, nº 130, complemento: C, bairro NOVA DESCOBERTA, telefone/s , (81)98797-1205, RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando informa que foi vítima de acidente de moto no dia 08/04/2017, sofrendo traumatismo no membro superior esquerdo. Trouxe cópia de documentos médicos, que relatam que o periciando teve luxação glenoumeral direita, sendo submetido inicialmente a redução inconcreta, e posteriormente a tratamento cirúrgico. Informa que ainda não iniciou fisioterapia.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Membro superior direito imobilizado com tpoia americana.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Diante do histórico informado, dos documentos apresentados, e dos achados ao exame, solicito exame complementar após o término do tratamento do periciando, uma vez que fica difícil determinar eventuais incapacidades e/ou deformidades definitivas decorrentes do acidente em questão, em virtude do periciando se encontrar em vigência do tratamento de seu problema de saúde. Deverá trazer laudo definitivo do médico assistente.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, ace eração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Aguardar exame complementar.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Aguardar exame complementar.

Página 1 de 2





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA**



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^º. BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA - CRM 15820.

[Handwritten signature]

Perito responsável

[Faint handwritten notes]
Dado em de março de 2018
BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
CRM 15820

