

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

MORTE INVALIDEZ PERMANENTE DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Maurício dos Santos Pereira

DATA DO ACIDENTE 29/02/2018 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 887-173.05420

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- CPF do Representante Legal (cópia simples)
- Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada Sim () Não
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 - Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 - Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não
 - Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
 - Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
 - Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 - CPF da vítima (cópia simples)
 - Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
 - Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 - Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 - Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receitas médicos (originais)
 - Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
 - Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 - CPF da vítima (cópia simples)
 - Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
 - Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - Declaração de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Maurício dos Santos Pereira
 Quem é o portador? Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 887-1730520
 E-mail Mauricio8784@gmail.com Tel: 1984133-8947
 Data 12 Maio 2018 Assinatura Maurício dos Santos Pereira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC OLINDA
 Atendente Fabiane Cristina Matrícula BS062618
 Data: 12/05/18 Assinatura: [assinatura]

17 Abr 2018

AC OLINDA

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 32301171 - AC OLINDA
OLINDA - PE
CNPJ....: 34028316050801 Ins Est.: 001439997

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 280179376
Contrato....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao....: 62267655

Movimento..: 17/05/2018 Hora.....: 15:45:06
Caixa.....: 86497890 Matrícula..: 85061425
Lancamento.: 041 Atendimento: 00025
Modalidade.: A Faturar ID Trquete.: 1473637506

| DESCRICAO | QTD. | PRECO(R\$) |
|---|-------|------------|
| SEGURO DPVAT ATE 30 | 1 | 21,75+ |
| Valor do Porte(R\$)... | 21,75 | |
| Peso real (G)..... | 95 | |
| CNPJ/CPF Remet.: 88717305420 | | |
| Nome Remetente.: MARINEIDE DOS SANTOS PEREI | | |
| Cont. Nome.....: RA | | |
| Endereco Remet.: RUA Rua Durico do Mar,29 Q | | |
| Cont Endereco...: D D16 - Ouro Preto | | |
| Cep Remetente...: 53370-160 | | |
| Cidade Remet....: OLINDA | | |
| UF Remet.....: PE | | |
| POSTAL RESPOSTA DPV | 1 | 28,00+ |
| Valor do Porte(R\$)... | 28,00 | |
| Cep Destino: 20031-205 (RJ) | | |
| Peso real (G)..... | 95 | |
| OBJETO.....: DY040082422BR | | |

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 49,75

Valor Declarado nao solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o servico adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheco a prestacao do(s) servico(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante apresentacao de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderao sofrer variacoes de acordo com as clausulas contratuais

Nome: _____ RC
Ass. Responsavel.....

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Encomenda cilindrica ou esferica
implica cobranca adicional de R\$ 20,00.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO
IMIP

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) senhor(a)

MARLENE VIANA

foi atendido (a) neste

serviço no dia: 27/02/18 CID: _____

Necessitando de 03 (TRES) dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola)

Estando apto para voltar ao trabalho.

Como acompanhante.

Outros: _____

Olinda, 27 de 02 de 20 18

Dr. Sidney Ribeiro
Diretor Médico
CRM-PE 24.842

Médico



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO
IMIP

RECEITUÁRIO

1) Maneiras de Peleiro

2)

Leite materno

1) Amoxicilina 500mg ————— 30 comp
02 comp de 36h por 10 dias

2) Amoxicilina 400 mg ————— 70 comp
02 comp de 4h (suspensão) de tomar
do 1 por 07 dias

P

13/03/13

Unidade de Pronto Atendimento
IMIP - Olinda
CNPJ: 07.000.000/0001-954

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO
IMIP

RECEITUÁRIO

31 Manuella - 12/05/12

31

Leite materno

1. Amamentação exclusiva - 100%
em casa, de dia e noite

2. Amamentação exclusiva - 70%
em casa, de dia e noite (reservados os horários
dele para a criança)

P

12/05/12

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

Dr. Manoela de Melo Aguiar
Médica
CRM: 22708-4



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO
IMIP

RECEITUÁRIO

Pac 113014 - MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA

Mãe MARIA APARECIDA DOS SANTOS

1260197  02/12/1972

5
Cefalexina 500 mg. 01 Cx.
Tomar de 06/08 Hs.
Por 10 dias

*- Siprohim 1000 - 01
201 10 1211 (01)*

Dr. Sidney Ribeiro
Diretor Médico
CRM-PE 24.248

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

Atendimento: **1260197**

Senha da Classificação:

0294

Data e Hora: **27/02/2018 21:21**

Paciente: **113014 MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA** Sexo: FEMININO
Nome Social :
Data do Nascimento: **02/12/1972** Idade: **45 anos** Convênio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: **MARIA APARECIDA DOS SANTOS** Nome do Pai:
Estado Civil: **SOLTEIRO** Nome do Médico: **CLINICO - PLANTONISTA** CRM: **123456**
Endereço: **JOSE P DE OLIVEIRA - 2** Bairro: **OURO PRETO**
Cidade/UF: **OLINDA PE** Cep: **53370525** Usuário Atendimento: **WAGNERFB**
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: **34911639**
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Prontidão

Exame Físico

OK

Hipotese Diagnóstica

Prontidão

Conduta Terapêutica

Prontidão

Prescrição Médica

*Profenid 01 AMP - IV
Decadron 01 AMP - IM*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: _____

Carimbo: *Silvany Ribeiro
Médico
CRM: 24.848*

**ALTA HOSPITALAR
COM ORIENTAÇÕES**



1260197

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora, retirada da senha: 27/02/2018 20:59

Nome Paciente: MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Feminino
Idade: 45
Senha: 0294
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 27/02/2018 21:15 - 27/02/2018 21:18

ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NÃO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal: RELATO DE FEBRE COM INICIO HOJE + FERIDA INFECTADA EM PERNA ESQ (QUEIMADURA)

Observação: ALERGIA A POMADA

Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS

Discriminador(es): - FERIDA INFECTADA CRÔNICA COM SINAIS SISTÊMICOS

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - TEMPERATURA(C): 36.00 °C

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/02/2018 21:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ªCIRC
DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0091000608**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/03/2018** às **15:07**

Complementa o BO Número: **18E0091000519**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/2/2018** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DO SOL, 1, COM A RUA NOVA** - Bairro: **SANTO ANTONIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **SEMAFORO / ENTRE A RUA NOVA COM A RUA DO SOL**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSPEITO (AUTOR \ AGENTE)
MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SUSPEITO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA

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

MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA APARECIDA DOS SANTOS** Pai: **ANTONIO DAVI PEREIRA** Data de Nascimento: **2/12/1972** Naturalidade: **ABARE / BAHIA / BRASIL** Documentos: **4102166/SDS/PE (RG), 88717305420 (CPF), 04180255323 (CNH)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **3°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COMERCIANTE** Telefones Celulares: **- 984378947**

Residencial: **RUA OURISO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA OURICO DO MAR, 29, QUADRA :D 16, - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **KHC0419** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **945337353**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008**

Descrição: **MODELO :NXR150 BROS ESD**

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSPEITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSPEITO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTO NA RUA DO SOL NO SEMAFORO,ENTRE A RUA DO E A RUA NOVA HAVIA UM ACIDENTE , E UM ELEMENTO CONDUZINDO UMA MOTO DE PLACA E COR NAO IDENTIFICADA ,PAROU NA FRENTE DA VITIMA PARA VER O CIDENTE JA CITADO ACIMA ,ENTAO A VITIMA BATEU NA SUA MOTO, SOFRENDO LESAO CORPORAL NO BRACO E NA PERNA ESQUERDA QUE, A QUEIMADURA DEU EM FEQUICAO ,FICANDO AFASTADA DO SEU TRABALHO POR QUATRO DIAS GASTANDO DINHEIRO COM REMEDIOS E AMESMA FOI SOCORRIDA PARA UPA DA PE:15, OLINDA-PE , ONDE FICOU SOBRE OS CUIDADOS MEDICOS E A SUA MOTO FICOU DANIFICADO SO PISCA . ATRAVES DESSA AUTORIDADE SOLICITA PROVIDENCIAS CABIVEIS.

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

marineide dos santos pereira
MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVAN FERREIRA DE LIMA** - Matrícula: **3810925**



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 013155781296
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 945337353 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017

NOME

MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA SANTANA

OLINDA-PE

CPF / CNPJ

887.173.054-20

PLACA

KBC0419

PLACA ANT. / UF

***** PE

CHASSI

9C2KD03108R007336

ESPÉCIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/RCR150 BROS ESD

ANO FAB.

2007

ANO MOD.

2008

CAP. / POT. / CIL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA 2017 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

1° *****

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

2° *****

3° *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. RODOBENS ADM DE CONS LTDA
DOCUMENTO DE COTA OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CONTRAN

OLINDA

LOCAL

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DATA

06/03/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE



FARMACIA ARAUJO
 ARAUJO LUNA COM DE MED LTDA ME
 CNPJ: 27.426.807/0001-47 IE: 071375801
 RUA ANTURIO, 026 JARDIM ATLANTICO OLINDA-
 PE (81)3432-6731
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
 Eletrônica

| Código | Descrição | Cide. Un. | VL Unit. | VL. Total |
|----------------------|----------------------|-----------|----------------|-----------|
| 35468 | RIFAMICINA 10MG 20ML | 1 CX | 12,90 | 12,90 |
| Qtde. total de itens | | | | 1 |
| Valor total R\$ | | | | 12,90 |
| Valor a pagar R\$ | | | | 12,90 |
| FORMA PAGAMENTO | | | VALOR PAGO R\$ | |
| Total Pago R\$ | | | | 20,00 |
| Dinheiro | | | | 12,90 |
| Troco R\$ | | | | 7,10 |

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe?>
 2618 0327 4268 0700 0147 6500 1000 0014 1310 0000 0003



CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº 1413 Série 1
 03/2018 07:39:30 Via Consumidor
 Protocolo de autorização:
 326180074942716
 Data de autorização:
 08/03/2018 07:39:35

CLIENTE:

VENDEDOR: 2 - GIVANILSON ALVES
 Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
 Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federal
 R\$1,74 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00
 NUM. CONTROLE: 5074

COMERCIAL FPN LTDA
 R. ESTUDANTE CLAUDIO UCHOA CAVALC. FILHO, 1 LJ B
 RIO DOCE - OLINDA-PE - FONE: 3432-9083
 CNPJ: 05.116.313/0001-23
 IE: 0293177-03
 01/03/2018 14:58:07 CCF: 350247 COD: 421833

CUPOM FISCAL

| ITEM | CODIGO | DESCRICAÇÃO | QTD | UN | VL UNIT (R\$) | ST | VL ITEM (R\$) |
|--------------|---------------|-------------------------------|-----|-------------|---------------|-------|---------------|
| 001 | 7896112134213 | 300400 30042052 CEFALEXINA 50 | 1 | OMG C | 10 | 37,90 | 37,90 |
| | | | | 3UN X 21,10 | | F1 | 63,306 |
| desconto | | | | -25,32 | | | 37,98 |
| Subtotal R\$ | | | | | | | 37,98 |
| desconto | | | | | | | -0,08 |
| TOTAL R\$ | | | | | | | 37,90 |

CARTÃO
 Md5: B45E3FA18EE88E2781EE1BBCD3183666
 DAV: 0000008597
 Vendedor: 18 - SIMONE MONTEIRO DA SILVA
 ** VOCE ECONOMIZOU R\$ 25,40 **
 Trib Font
 aprox (R\$) Fed: 5,10 Est: 0,00 Mun: 0,00
 e: IBPT/FECOMERCIO PE S3ABR4
 BR000DFN CFUR7PF# 19WYS4K YINGELFI C80D2F6UR5HT
 BEMATECH MP-4000 TH FI ECF-IF
 VERSAO: 01.00.02 ECF: 001 LJ: 0001
 000000001QUOYTORT 01/03/2018 14:58:15
 FAB: BE091010100010050764 BR



EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
 IM: 00000000000000
 CNPJ: 06626253010700 I.E: 023563761
 Av Presidente Getulio Vargas, 1762
 - Novo, OLINDA - PE

DANFE NFC - e Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

| #ICOD | IDESC | QTD | UN | VL UNIT R\$ | TOT ITEM R\$ |
|---------------------|--------|-----|-----|-------------|--------------|
| 1 | 165441 | 1 | CXx | 29,94 | 29,94 |
| Desconto | | | | | -19,49 |
| 2 | 165441 | 1 | CXx | 29,94 | 29,94 |
| Desconto | | | | | -19,49 |
| QTD. TOTAL DE ITENS | | | | | 2 |
| VALOR TOTAL R\$ | | | | | 20,90 |
| Dinheiro | | | | | 20,90 |

T R O C O R\$: 4.10

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLA MARINEIDE, SEJA BEM-VINDA AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFICIOS PERSONALIZADOS PRA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 38,90

*ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EX CLINDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. SUAS COMPRAS SAO CONTAR ILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA MAIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 887.***.***-20
 Operador: 68430 Vendedor: 61511
 Trib aprox R\$: 1,41 Fed e R\$: 0,00 Est e R\$: 0,00 Muni
 Fonte: IBPT ca7g13
 Obrigado e Volte Sempre.

Número 000002269 Série 015 Emissão 13/03/2018 08:43:51
 Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe>
CHAVE DE ACESSO
 2618 0306 6262 5301 0700 6501 5000 0022 6910 0010 8920

CPF: 88717305420 MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA

Consulta via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 326180080490614
 13/03/2018 08:43:51



VIA CLIENTE

FARMACIA DO POV CNPJ: 05.116.313/0001-23
 AV. ARGENT CASTEL BRAN OLINDA
 CREDITO A VISTA
 TOTAL: R\$ 37,90
 VISA *****6911
 AUTO: 003333 01-02-18 19H27

CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 9295 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 001A. CIRCUNSCRICAO - RIO BRANCO
Ofício nº. 131 / 2018 Data 16 / 3 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 001A. CIRCUNSCRICAO - RIO BRANCO

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 14:57 do dia 16 de Março de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA filho(a) de ANTONIO DAVI PEREIRA e de MARIA APARECIDA DOS SANTOS, de cor NÃO INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil NÃO INFORMADO, aparentando a idade de 45 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de PERNAMBUCO, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 4102166, profissão NÃO INFORMADO, endereço NÃO INFORMADO, complemento: NÃO INFORMADO, bairro NÃO INFORMADO, telefone/s NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência, NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Informa a pericianda ter sido vítima de acidente de trânsito por volta das 14:30 do dia 22/02/2018, na Rua do Sol, nesta Cidade de Recife, sendo socorrida na UPA24h do Município de Olinda-PE, de onde traz xerox da guia de atendimento de urgência, do dia 27/02/2018, assinada pelo médico Sidney Ribeiro, CRM-PE 24.842, onde consta: "Atendimento: 1260197 - data e hora: 27/02/2018 às 21:21 - Paciente: 113014 Marineide dos Santos Pereira ... Queixa principal: febre + ... (ilegível) Hipótese diagnóstica: ... (ilegível) conduta terapêutica: penicilina 1.200.000 IM Profenid 01 amp Im. Dacracon 01 amp IM... (ilegível)", traz ainda xerox do protocolo de classificação de risco do mesmo serviço do mesmo dia, realizado pela Enfermeira Alexandra da Silva Ferreira, COREN: 138761: "Realto de febre com início hoje, ferida infectada em perna esquerda (quimadura)..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Ao exame pericial visualizei ferimento na face ântero-medial da perna direita, medindo nos seus maiores eixos 230 mm por 26 mm de comprimento, com metade da área recoberta por costas serosas e a outra metade com cicatriz de coloração rosá, como também vi mancha cicatricial hipercrômica e linear na face posterior do antebraço direito medido 30 mm de comprimento.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

NECESSITA PERÍCIA COMPLEMENTAR 30 DIAS APÓS A DATA DO ACIDENTE, PARA QUE SE POSSA AVALIAR A EXISTÊNCIA OU NÃO DE INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE 30 DIAS.

QUESITOS:

- 1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim
- 2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Outro(s) / Diversos. Instrumento contundente e energia de ordem física (calor).
- 3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Aguardar exame complementar.

CÓPIA AUTÊNTICA



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



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

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.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(ª). SAULO PADILHA VILELA - CRM 10960.

[Handwritten signature]

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha
Seção de Perícia
Perito responsável
De acordo com a legislação em vigor, foi emitida esta cópia autenticada com visto no original por solicitação de
MARCELE DOS SANTOS
TECELA Pelo Ofício Nº **432**
18/04/18 Datado de
A que dou fé e Assino.



Funcionário - Matrícula
Fábio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7



CÓPIA AUTÊNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



EXAME COMPLEMENTAR Nº 15966 / 2018

REFERENTE AO LAUDO Nº 1 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 001A. CIRCUNSCRICAO - RIO BRANCO
Ofício nº. 428 / 2018 Data 3 / 5 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 001A. CIRCUNSCRICAO - RIO BRANCO

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 **14:06** do dia **3 de Maio de 2018**, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de **MARINEIDE DOS SANTOS PEREIRA** filho(a) de **ANTONIO DAVI PEREIRA** e de **MARIA APARECIDA DOS SANTOS** de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Feminino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Divorciado (a)**, aparentando a idade de **45 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **BAHIA**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **Documento: Carteira de habilitação - 04180255323**, profissão **NÃO INFORMADO**, vestes **NÃO INFORMADO**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Pericianda retorna para exame complementar de perícia traumatológica realizada dia 16/03/18 realizada por Dr Saulo Vilela - CRM 10960, na qual consta que pericianda foi vítima de acidente de trânsito no dia 22/02/18 com sendo observado ao exame ferimento em face ântero-medial de perna direita com áreas de crosta serosa e áreas de cicatriz rósea. Pericianda retorna sem queixas, com relato de ferimento cicatrizado.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz hipercrômica em face ântero-medial de perna esquerda, medindo cerca de 220mm x 30mm.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Diante do histórico informado e dos achados ao exame, concluo que a pericianda foi vítima de traumatismo antigo por instrumento de energia de ordem física (queimadura) com posterior cicatrização, o qual gerou deformidade evidente a nível tegumentar em perna esquerda.

QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periciando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração de parto? (especificar)

NÃO.

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

SIM. DEFORMIDADE PERMANENTE.

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?

Sim



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^(a). ANA CLÁUDIA CONRADO DE OLIVEIRA - CRM 25115.

Ana Cláudia Conrado
Médica Legista - IML
CRM: 25115 Mat. 386.540-1

Perito responsável

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Setor de Perícia

De acordo com o laudo emitido em vigor, foi emitida esta cópia autêntica, com visto do original por autenticação de MARLENE DE DOS S.

Beleles Pelo Oficial M^o
11/05/18 585
Distribuído em 11/05/18



Fundador - Matrícula

Fábio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula n^o 263.378-7



| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | |
|--|---|--|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES | | |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO | | |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO | | |
| MÁQUINA EM TONHO O TERCÍDIO NACIONAL 758111247 | NOME MARLEIDE DOS SANTOS PEREIRA | |
| | DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 4102166 SSP PE | |
| MÁQUINA PLASTIFICADORA 758111247 | CPF 887.173.054-20 | DATA NASCIMENTO 02/12/1972 |
| | FILIAÇÃO ANTONIO DAVI PEREIRA | |
| MÁQUINA PLASTIFICADORA 758111247 | | MARIA APARECIDA DOS SANTOS |
| PERMISSÃO | | ACC |
| | | CAT. HAB. AB |
| Nº REGISTRO 04180255323 | VALIDADE 10/07/2018 | 1ª HABILITAÇÃO 04/09/2007 |
| OBSERVAÇÕES Exerce Ativ Remunerada | | |
| Assinatura do Portador <i>Marleide dos Santos Pereira</i> | | |
| LOCAL OLINDA - PE | DATA EMISSÃO 26/07/2013 | |
| Assinatura do Emissor <i>Walter de Aguiar</i> | | Nº DE REGISTRO DO EMISSOR 88900426918 |
| | | Nº DE REGISTRO DO EMISSOR PE094297052 |
| DETRAN - PE (PERNAMBUCO) | | |