

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137305/19

Número do Sinistro: 3190289105

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

CPF: 291.494.364-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: RICARDO ALVES CABRAL

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

RICARDO ALVES CABRAL : 291.494.364-49

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: 15/05/2019
Nome: RICARDO ALVES CABRAL
CPF: 291.494.364-49

RICARDO ALVES CABRAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289105 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO ALVES CABRAL **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: # DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 02 // 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190289105

Nome do(a) Examinado(a): RICARDO ALVES CABRAL

Endereço do(a) Examinado(a): R ALTO DO EUCALIPTO, 995 - RECIFE/PE -
CEP 52081-070

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2143559 - sds pe - 21/12/2016

Data e Local do Acidente : 08/06/2018 - Recife/PE

Data e Local do Exame : 30/05/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura exposta de clavícula

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

Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 3 meses

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

vítima com consolidação viciosa da fratura, realiza flexão a 150 graus,
abdução a 160 graus, limitação de força leve do ombro, com presença de
cicatriz local.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

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

limitação de grau leve de ombro esquerdo, com consolidação viciosa

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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “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.

Região Corporal

ombro esquerdo

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289105

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do Acidente: 08/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RICARDO ALVES CABRAL

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289105

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do Acidente: 08/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO ALVES CABRAL

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289105 Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do Acidente: 08/06/2018 Cobertura: INVALIDEZ

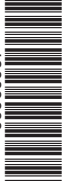
Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289105

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do Acidente: 08/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO ALVES CABRAL

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: RICARDO ALVES CABRAL

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000004815

Conta: 000007900-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



Nº 1



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RICARDO ALVES CABRAL
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.143.559 EXPEDIDO POR S.D.S.P.E EM 08/10/2018
CPF 299.999.999-99 / CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO PERFUMEIRO
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.800 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RICARDO ALVES CABRAL, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO PAX B Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4815 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00007900-0
0000013

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

RECIFE, 12 de OUTUBRO de 2018

LOCAL E DATA

Ricardo Alves Cabral

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG CASA AMARELA

DATA: 15/08/2018

HORA: 08:35:21

TERMINAL: 00491039

CONTROLE: 004910390040

AGÊNCIA: 4815 - AV NORTE

CONTA: 013.00007900-0

CLIENTE: RICARDO ALVES CABRAL

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/08/2012

DATA	VALOR
09/08	314,24
10/08	11,12

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			283,14C
Julho			
16/07	108827	SAQUE B24H	100,00D
16/07	141001	COMPRA ELO	36,15D
16/07	180716	SAQUETERMINAL	2,10D
17/07	171141	COMPRA ELO	11,71D
19/07	191410	SAQUE B24H	100,00D
19/07	191411	SAQUE B24H	20,00D
19/07	180719	SAQUETERMINAL	2,10D
Agosto			
09/08	600107	CRED FGTS	314,24C
10/08	000000	REM BASICA	0,00C
10/08	000000	CRED JURN	0,04C

RESUMO EM 14/08

SALDO	325,36C
-------	---------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	325,36C
SALDO TOTAL	325,36C

EXTRATO DE COMPRAS COM CARTÃO DE DÉBITO

DT COMP	HORA	ESTABELECIMENTO	VALOR
14/07	10:01	PRECO BOM	36,15D
17/07	11:41	VAREJAO PRECO BOM	11,71D
T O T A L			47,86D

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

...papel termossensível, fontes de calor, umidade
excessiva; evite também o contato direto com
materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**

www.caixa.gov.br

0800 726 0101
(informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 726 2492
(para pessoas com
deficiência auditiva)

Ouvidoria
0800 725 7474
(denúncias e reclamações
não solucionadas)

CAIXA

1587072315
B2317

"Papel termossensível. A vida útil dos dados
impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns
cuidados: não exponha o papel à luz do sol,
lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade
excessiva; evite também o contato direto com
materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**

www.caixa.gov.br

0800 726 0101
(informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 726 2492
(para pessoas com
deficiência auditiva)

Ouvidoria
0800 725 7474
(denúncias e reclamações
não solucionadas)

CAIXA

1587072315
B2317

"Papel termossensível. A vida útil dos dados
impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns
cuidados: não exponha o papel à luz do sol,
lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade
excessiva; evite também o contato direto com
materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**

www.caixa.gov.br

0800 726 0101
(informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 726 2492
(para pessoas com
deficiência auditiva)

Ouvidoria
0800 725 7474
(denúncias e reclamações
não solucionadas)

CAIXA

1587072315
B2317

"Papel termossensível. A vida útil dos dados
impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns
cuidados: não exponha o papel à luz do sol,



AUTO-ATENDIMENTO - AG CASA AMARELA

DATA: 15/08/2018

HORA: 08:35:21

TERMINAL: 00491039

CONTROLE: 004910390040

AGÊNCIA: 4815 - AV NORTE

CONTA: 013.00007900-0

CLIENTE: RICARDO ALVES CABRAL

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/08/2012

DATA	VALOR
09/08	314,24
10/08	11,12

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR 281,14C

Julho

16/07	160027	SAQUE B24H	100,00D
16/07	141001	COMPRA ELO	36,15D
16/07	180716	SAQUETERMINAL	2,10D
17/07	171141	COMPRA ELO	11,71D
19/07	191410	SAQUE B24H	100,00D
19/07	191411	SAQUE B24H	20,00D
19/07	100719	SAQUETERMINAL	2,10D

Agosto

09/08	000107	CRED FGTS	314,24C
10/08	000300	REM BASICA	0,00C
10/08	000000	CRED JUROS	0,04C

RESUMO EM 14/08

SALDO 325,36C

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO 0,00

SALDO DISPONIVEL 325,36C

SALDO TOTAL 325,36C

EXTRATO DE COMPRAS COM CARTÃO DE DÉBITO

DT COMP	HORA	ESTABELECIMENTO	VALOR
14/07	10:01	PRECO BOM	36,15D
17/07	11:41	VAREJAO PRECO BOM	11,71D

TOTAL 47,86D

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

ATD

CERTIDÃO

Comprovante de autenticidade



Certidão nº 2018APH000927 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). RICARDO ALVES CABRAL, 0 anos, (a), CASADO(a), RG nº 2143559 ssp, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 291.494.364-49, residente à rua alto do eucalipito, nº 995, , vasco da gama, recife-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/06/2018, por volta das 14:11 hs, no endereço: AV. NORTE, S/N, TAMARINEIRA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA XRE 300 VERMELHA PGT7063-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) RICARDO ALVES CABRAL, inscrito sob o CPF nº 291.494.364-49 e Registro Geral nº 2143559, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 951006-0 SILVA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL D' AVILA. Registrado(a) com o prontuário nº 915490. Ficou aos cuidados do médico VICTOR, registro 20366. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 13/08/2018

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 2018APH000927

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000927 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). RICARDO ALVES CABRAL, 0 anos, (a), CASADO(a), RG nº 2143559 ssp, inscrito(a) na Reccata Federal sob o CPF nº 291.494.364-49, residente à rua alto do eucalipito, nº 995, , Vasco da gama, Recife-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/06/2018, por volta das 14:11 hs, no endereço: AV. NORTE, S/N, TAMARINEIRA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA XRE 300 VERMELHA PGT7063-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) RICARDO ALVES CABRAL, inscrito sob o CPF nº 291.494.364-49 e Registro Geral nº 2143559, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 951006-0 SILVA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL D' AVILA. Registrado(a) com o prontuário nº 915490. Ficou aos cuidados do médico VICTOR, registro 20366. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 13/08/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site: <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH000927

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

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO ALVES CABRAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04815

CONTA: 000000007900-0

Nr. da Autenticação 5354175D0FF2A3CD



Nº da Conta: 0752841886
Mês de referência: 08/2018
Período: 15/07/2018 a 15/08/2018
Data de emissão: 15/08/2018

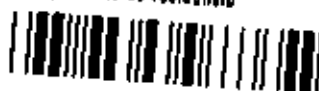
www.vivo.com.br/meuvivo

Foto conosco: Central de Relacionamento
1485 ou www.vivo.com.br/central

Telefônica Brasil S.A.
Av. Engenheiro Domingos Ferreira, 837
CEP 51.011-051 - Recife - PE
I.E.: 07949400
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0008-39

RICARDO ALVES CABRAL
R ALTO DO EUCAUPTO, 995
BREJO DE BEBERIBE
52081-070 RECIFE - PE

Comprovante de residência



Vencimento
01/09/2018

Total a Pagar - R\$
49,99

Aguarde informações referentes ao Vivo
Valoriza

Já conhece o Meu Vivo? Com ele você pode acompanhar seu consumo de internet, visualizar a 2ª via da conta, conferir pacotes, promoções e muito mais. Baixe agora o aplicativo gratuitamente ou acesse vivo.com.br/meuvivo. É rápido, fácil e prático!

Seus Números Vivo
81-3104-8411

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Planos Anatel
PA-112 - VIVO FIXO LIMITADO

O que es	Quantidade de	Quantidade de	Valor R\$	Incluso	Utilizado	Valor Total
			Plano/Pacote	Plano/Pacote	Minutos/Unidades	R\$
Serviço						
VIVO F	14/08/2018	HORA DE 18:28:40	49,99			49,99
VIVO F	257-784690051-0		0,00	300 min		
MINU			0,00	10.000 min		
MINU			0,00	10.000 min		
TORF			0,00	1.000		
Serviço						49,99
TOTA						49,99

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em vivo.com.br/app e navegue sem consumir seu pacote de dados

Até emissão desta conta constava(m) débitos de contas anteriores. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão pela Vivo! dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.

[illegible]

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
(081) 3183.832001-00 (Fax: 081) 3183.832001-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARTA MARIA DA SILVA
PROVA IGREJA EVANGELICA CWC

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
PLAÇA TOCANTINS, 100 - 1º ANDAR -

CPT 554 700 P54-00

VASCO DA GAMA: UN E
RECHERCHER
52081-020

CLASSIFICAÇÃO
BI RESERVAÇÃO
RESTRITA

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE	CRIMINAL DIVISION	DOJ/DOJ-DOJ
DOJ/DOJ-DOJ	DOJ/DOJ-DOJ	DOJ/DOJ-DOJ

№ архивного 18042019	№ документа 2001955293	№ инвентаризации 3778641
-------------------------	---------------------------	-----------------------------

CONTRA CONTRATO	ENTRADA
0035721010	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	PERÍODO DE VALIDADE
26/04/2019	20/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	478,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UN	TOTAL (R\$)
Construção Alvo (100%) Contrato Bim 47 Bim Municipal R.245 São Antonio 4005-44 0513 47118-18 02/19 Pavimento 25m B Plano 405007899027	501.0000000	0,727777777	364,6111111

TOTAL CRYSTALLINITY

41914

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE FOLHA NOTAL PISDA

NR DO INTERIOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LAJOTA	DATA	LETITURA	Nº DE CINCH	CONSTATANTE	AJUSTE	CONTRIBUIÇÃO PPM
314109999	CAI	21.03.2008	402,30	18.04.2008	1.000,00	36	9,30000		84,324

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE		FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION		WASHINGTON, D. C.	
DATE	TIME	REPORT OF	BY	TO	FILE
APR 19 1961	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1961	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1961	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1961	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1961	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1961	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1961	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1961	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1961	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1962	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1962	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1962	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1962	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1962	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1962	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1962	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1962	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1962	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1962	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1962	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1962	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1963	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1963	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1963	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1963	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1963	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1963	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1963	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1963	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1963	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1963	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1963	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1963	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1964	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1964	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1964	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1964	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1964	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1964	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1964	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1964	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1964	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1964	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1964	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1964	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1965	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1965	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1965	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1965	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1965	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1965	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1965	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1965	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1965	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1965	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1965	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1965	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1966	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1966	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1966	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1966	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1966	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1966	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1966	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1966	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1966	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1966	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1966	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1966	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1967	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1967	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1967	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1967	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1967	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1967	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1967	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1967	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1967	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1967	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1967	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1967	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1968	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1968	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1968	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1968	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1968	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1968	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1968	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1968	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1968	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1968	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1968	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1968	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1969	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1969	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1969	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1969	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1969	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1969	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1969	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1969	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1969	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1969	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1969	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1969	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1970	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1970	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1970	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1970	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1970	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1970	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1970	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1970	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1970	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1970	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1970	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1970	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1971	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1971	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1971	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1971	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1971	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1971	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1971	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1971	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1971	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1971	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1971	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1971	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1972	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1972	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1972	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1972	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1972	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1972	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1972	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1972	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1972	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1972	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1972	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1972	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1973	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1973	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1973	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1973	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1973	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1973	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1973	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1973	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1973	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1973	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1973	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1973	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1974	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1974	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1974	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1974	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1974	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1974	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1974	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1974	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1974	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1974	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1974	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1974	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1975	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1975	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1975	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1975	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1975	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1975	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1975	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1975	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1975	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1975	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1975	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1975	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1976	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1976	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1976	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1976	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1976	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1976	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1976	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1976	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1976	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1976	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1976	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1976	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1977	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1977	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1977	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1977	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1977	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1977	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1977	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1977	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1977	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1977	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1977	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1977	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1978	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1978	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1978	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1978	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1978	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1978	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1978	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1978	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1978	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 1978	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
NOV 19 1978	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
DEC 19 1978	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JAN 19 1979	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
FEB 19 1979	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAR 19 1979	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
APR 19 1979	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
MAY 19 1979	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUN 19 1979	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
JUL 19 1979	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
AUG 19 1979	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
SEP 19 1979	10:00	REPORT OF	SA	SA	SA
OCT 19 197					

ANNOUNCEMENT

[illegible][illegible]

COPIA CONTINUED
003572101010
83820000004578740011000-8 03572101010-8 13847029853-0

PARA USO DOS CORREIOS

☐ 01 - MUDANÇA ☐ 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE ☐ 03 - NÃO EXISTE Nº INDICADO ☐ 04 - FALCIDO	☐ 05 - DESCONHECIDO ☐ 06 - RECUSADO ☐ 07 - AUSENTE ☐ 08 - NÃO PROCURADO ☐ 09 - FALTA COMPLEMENTO (COLETA/AGU)	☐ 10 - OBJETO DANIFICADO ☐ 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE ☐ 12 - CAIXA POSTAL CANCELADA ☐ 13 - FALTA DE ENDEREÇO
---	--	---

REENTREGA AO SERVIÇO POSTAL EM: _____

RUBRICA DO RESPONSÁVEL: _____

ASSINATURA: _____



FAC
9912300097/2012-OR/SPM
BVS
Correios



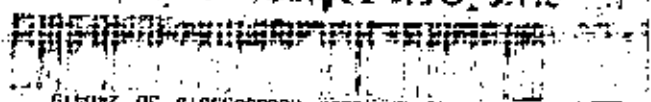
Devolução Eletrônica
Correios



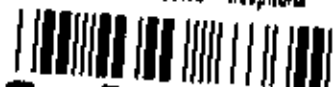


CTC RECIFE PE PL7
 RICARDO ALVES CABRAL
 R ALTO EUCALIPTO 995
 CS AMARELA
 52081-070 RECIFE - PE

DATA DE POSTAGEM: 24/04/2019


 7212246682 42505 00000033519 30 240419

Av. Tamboré, 267, Torre Sul
 Tamboré
 06460-000 - Barueri - SP

**De Avila**

Unidade de Enfermagem Trans-Operatório

Etiqueta

Paciente

Nome: Ricardo Alves Cabral Registro: 915525 Convênio: Saúde Recô
 Leito: 004 (Data: 08.02.18, Sala: 02)

Equipe Médica

Cirurgião: Dr. Fábio Anestesista: Dr. Amanda Medeiros
 1º Auxílio: Dr. Rinaldo 2º Auxílio: ---
 Pediatra: --- Instrumentadora: ---
 Cirurgia: Fratura exposta da clavícula
 Chegada S.O. 21:50 Saída S.O. 23:10 Início 22:00 Fim 23:00

Anestesia

Horário da Anestesia: Início 22:00 Fim 23:00
 Anestesia: ☒ Geral ☐ Raquidiana ☐ Peridural ☐ Local ☐ Local + Sedação
 Drogas Usadas na Anestesia: ---

Gases: ☐ Oxigênio ☐ Protóxido ☐ CO2 ☐ Nitrogênio
 Monitorização: ☒ Oxímetro de Pulso ☒ Cardíaco ☒ PNI ☐ Capnografia ☐ PAM
 Punção Venosa: Jelco nº --- Local: ---
 Punção Central: Cateter: --- Local: ---
 Medicamentos Usados no Trans-Operatório

Medicações	Horários

Posicionamento do Paciente

☐ Dorsal ☐ Ginecológica ☐ Ventral ☐ Litotomia ☐ Lateral Direita ☐ Lateral Esquerda
 Posição dos MMSS: ☐ Anatómica ☐ Abdução Outros ---

Classificação de Contaminação da Cirurgia: ☐ Superficial ISC-1S ☐ Incisional Profunda ISC-1P ☐ Órgão / Cavidade ISC-2C

Procedimentos Realizados:

Soluções Utilizadas para anti-sepsia do campo operatório: ☐ PVPI ☒ Clorexidina ☐ Clorexidina Alcoólica

Realizado Algum Implante? ☐ Prótese Cardíaca ☐ Prótese Ortopédica ☐ Prótese Ortopédica

Uso de Placa Bisturi: ☐ Rígida ☐ Descartável Local: ---

Sondagens: ☐ Vesical Demora Nº: --- ☐ Vesical Alívio Nº: ---

Gástrica: ☐ Sim ☐ Não

Dreno Utilizado: ☐ Não ☐ Sim, Qual --- Nº ---

Hemotransfusão: ☐ Não ☐ Sim, Quais: ---

Nº de Bolsa

Segmento:

Rh

Hemocentro: ☐ Hemope ☐ Ihene

Nº de Bolsa

Segmento:

Rh

Hemocentro: ☐ Hemope ☐ Ihene

Equipamentos Especiais:

☐ Vídeo ☐ Intensificador de Imagem ☐ Raio X ☐ Tesoura Ultrassônica ☐ Microscópio ☐ Outros, Quais? ---

Peça Cirúrgica: ☐ Sim ☐ Não Qual ---

Peça Entregue a: ☐ Laboratório ☐ Familiares

Obstetria

Parto: ☐ Cesário ☐ Normal

☐ Feto Vivo ☐ Feto Morto Peso: ---

Paciente Encaminhado: ☐ Leito ☐ UTI ☐ SRPA ☐ Externo Hora: ---

Hora do Parto: ---

Fernando L. Lima
 CIP 178544

Je Ávila

Ficha Cirúrgica

(preencher se não estiver com etiqueta).

Nome: *Nivaldo Alves Lodi*

Registro:

Leito:

Data:

Hora:

Procedimento(s) realizado(s): *fratura exp clavícula*

Cirurgião: *Onís Lodi* C.R. 12973

1º auxiliar: *Nivaldo Lodi* - C.R. 22122

2º auxiliar:

3º auxiliar:

Instrumentador (a):

Anestesista: *Dr. Paulo Avelo*

Tipo de Anestesia: *geral*

Descrição da Cirurgia

- 1) Ponto antero de c. l. de Lodi
- 2) Ponto antero de c. l. de Lodi
- 3) V. de Lodi para Lodi de Lodi e
fratura de Lodi de Lodi e Lodi de Lodi
em 1º 9º de Lodi
- 4) c. l. de Lodi

Onís Lodi
C.R. 12973

OPME:

HOSPITAL DE AVILA - EMP. J. M. DA CUNHA LTDA.

AV. VISCONDE DE ALBUQUERQUE, 681. CX. POSTAL-2121 - RECIFE/PE
Fone: (81) 3117-5544

Data: 08/06/2018
Hora: 21:35

REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTE

REGISTRO.....: 0915526 LEITO.....: ATENDIMENTO: CLINICO
NOME.....: RICARDO ALVES CABRAL SEXO: Masculino
ENDEREÇO.....: RUA ALTO DO EUCALIPTO, 995 COMP.:
BAIRRO.....: VASCO DA GAMA CIDADE: RECIFE - ESTADO: PE FONE: 81988525759 CEL.: 81987269607
NOME DA MÃE.....: TEREZITA ALVES NOME DO PAI:

NASCIMENTO...: 08/10/1964 IDADE: 53 anos IDENTIDADE: 2143559 C.P.F.: 291.494.364-49
CONVÊNIO.....: SAUDE RECIFE/BASICO ALA: ORTOPEDIA
MATRÍCULA.....: 0600000009960030 GUIA: 3569820 VALIDADE: 09/06/2018

RESPONSÁVEL: VALQUIRIA DA SILVA CABRAL
IDENTIDADE.....: 7129582 C.P.F.: 064.400.624-25
ENDEREÇO.....: RUA ALTO DO EUCALIPTO
BAIRRO.....: VASCO DA GAMA CIDADE: RECIFE FONE: (81)98852-5759
SEGURADO.....: RICARDO ALVES CABRAL

MÉDICO.....: VICTOR SANTIAGO DE MACEDO CRM - 20366
ADMISSÃO: 08/06/2018 ÀS 21:35
PROCEDIMENTOS: TRATAMENTO CLINICO - CID: S42.0

Obs: aut 1 diária em enf*** sem desp p acomp***

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não o paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com esse Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial. Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer impotência que não for pago ao HOSP. DE AVILA-EMP.J.M. DA CUNHA LTDA. pela instituição conveniada a qualquer título, inclusive decorrente de procedimento não coberto pelo plano de saúde e despesas de materiais de prótese e orteses, bem como cirurgias plásticas, vez que tenho pleno conhecimento que tais procedimentos não são cobertos pelos planos de saúde, me comprometendo a quitá-los à vista, quando da alta hospitalar. Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo, seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houve. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de Prestação de Serviços.

RECIFE, 28 de Junho de 2018

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Recepção: _____ Posto Enf.: _____ Nutrição: _____

Ciente do Regulamento Interno: _____ Recepcionista: FELIPE MARTINS

HOSPITAL DE AVILA - EMP. J. M. DA CUNHA LTDA.

AV. VISCONDE DE ALBUQUERQUE, 681, CX. POSTAL-2121 - RECIFE/PE
Fone: (81) 3117-5544

Data: 08/06/2018
Hora: 21:35

===== REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTE =====

REGISTRO.....: 0915525 LEITO.....: ATENDIMENTO: CLINICO
NOME.....: RICARDO ALVES CABRAL SEXO: Masculino
ENDEREÇO.....: RUA ALTO DO EUCALIPTO, 995 COMP.:
BAIRRO.....: VASCO DA GAMA CIDADE: RECIFE - ESTADO: PE FONE: 81988525759 CEL.: 81987269607
NOME DA MÃE.....: TEREZITA ALVES NOME DO PAI:

NASCIMENTO...: 08/10/1964 IDADE: 53 anos IDENTIDADE: 2143559 C.P.F.: 291.494.364-49
CONVÊNIO.....: SAUDE RECIFE/BASICO - ALA: ORTOPEDIA
MATRÍCULA.....: 0600000009960030 GUIA: 3569820 VALIDADE: 09/06/2018

RESPONSÁVEL: VALQUIRIA DA SILVA CABRAL
IDENTIDADE...: 7129582 C.P.F.: 064.400.624-25
ENDEREÇO.....: RUA ALTO DO EUCALIPTO
BAIRRO.....: VASCO DA GAMA CIDADE: RECIFE FONE: (81)98852-5759

SEGURADO...: RICARDO ALVES CABRAL

MÉDICO.....: VICTOR SANTIAGO DE MACEDO CRM - 20366
ADMISSÃO: 08/06/2018 ÀS 21:35
PROCEDIMENTOS: TRATAMENTO CLINICO - CID: S42.0

Obs: aut 1 diária em enf*** sem desp p acomp***

===== TERMO DE RESPONSABILIDADE =====

Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não o paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com esse Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial. Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer impotência que não for pago ao HOSP. DE ÁVILA-EMP.J.M. DA CUNHA LTDA. pela instituição conveniada a qualquer título, inclusive decorrente de procedimento não coberto pelo plano de saúde e despesas de materiais de prótese e orteses, bem como cirurgias plásticas, vez que tenho pleno conhecimento que tais procedimentos não são cobertos pelos planos de saúde, me comprometendo a quitá-los à vista, quando da alta hospitalar. Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo, seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houve. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de Prestação de Serviços.

RECIFE, 28 de Junho de 2018

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Recepção: _____ Posto Enf.: _____ Nutrição: _____

Ciente do Regulamento Interno: _____ Recepcionista: FELIPE MARTINS

Ficha Cirúrgica

Paciente

Nome: Ricardo Alves Cabral Registro: 915525 Convênio: Saúde Recôncavo
Leito: 004 Data: 08.06.18 Sala: 02

Equipe Médica

Cirurgião: Dr. Rômulo Anestesista: Dr. Amanda Medeiros
1º Auxílio: Dr. Rinaldo 2º Auxílio: _____
Pediatra: _____ Instrumentadora: _____
Cirurgia: Fratura exposta da clavícula
Chegada S.O. 21:50 Saída S.O. 23:10 Início 22:00 Fim 23:00

Anestesia

Horário da Anestesia: Início 22:00 Fim 23:00
Anestesia: ☒ Geral ☐ Raquidiana ☐ Peridural ☐ Local ☐ Local + Sedação
Drogas Usadas na Anestesia: _____

Gases: ☐ Oxigênio ☐ Protóxido ☐ CO2 ☐ Nitrogênio
Monitorização: ☒ Oxímetro de Pulso ☒ Cardioscópio ☒ PNI ☐ Capnografia ☐ PAM
Punção Venosa: Jelco nº _____ Local: _____
Função Central: Cateter: _____ Local: _____

Medicações Usadas no Trans-Operatório

Medicações	Horários

Posicionamento do Paciente

☐ Dorsal ☐ Ginecológica ☐ Ventral ☐ Litotomia ☐ Lateral Direita ☐ Lateral Esquerda
Posição dos MMSS: ☐ Anatômica ☐ Abdução Outros _____
Classificação de Contaminação da Cirurgia: ☐ Superficial ISC-IS ☐ Incisional Profunda ISC-IP ☐ Órgão / Cavidade ISC-OC
Procedimentos Realizados:
Soluções Utilizadas para anti-sepsia do campo operatório: ☐ PVPi ☒ Clorexidina ☐ Clorexidina Alcoólica
Realizado Algum Implante? ☐ Prótese Cardíaca ☐ Prótese Ortopédica ☐ Prótese Ortopédica
Uso de Placa Bisturi: ☐ Rígida ☐ Descartável Local: _____
Sondagens: ☐ Vesical Demora Nº: _____ ☐ Vesical Alívio Nº: _____
Gástrica: ☐ Sim ☐ Não
Dreno Utilizado: ☐ Não ☐ Sim, Qual _____ Nº _____
Hemotransfusão: ☐ Não ☐ Sim, Quais: _____
Nº de Bolsa Segmento: _____
Rh Hemocentro: ☐ Hemope ☐ Ihene
Nº de Bolsa Segmento: _____
Rh Hemocentro: ☐ Hemope ☐ Ihene
Equipamentos Especiais:
☐ Vídeo ☐ Intensificador de Imagem ☐ Raio X ☐ Tesoura Ultrassônica ☐ Microscópio ☐ Outros, Quais? _____
Peça Cirúrgica: ☐ Sim ☐ Não Qual _____
Peça Entregue a: ☐ Laboratório ☐ Familiares
Obstetria
Parto: ☐ Cesário ☐ Normal
☐ Feto Vivo ☐ Feto Morto Peso: _____
Paciente Encaminhado: ☐ Leito ☐ UTI ☐ SRPA ☐ Externo Hora: _____

Fernando Cristiano Rosa
Cirurgião
18/06/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

RICARDO ALVES CABRAL

DOC. EXTENDE / ORIG. EMISSOR / UF
3143559 GDS PE

CPF 391.494.364-49 DATA NASCIMENTO 08/10/1964

FUNÇÃO
RICARDO MARCELINO
CABRAL
TEREZITA ALVES CABRAL

PERMISSÃO ☐ AOC ☒ CAL HAB ☐ AD

REGISTRO 05077731130 VALOR 05/08/2020 FIM 17/11/2010

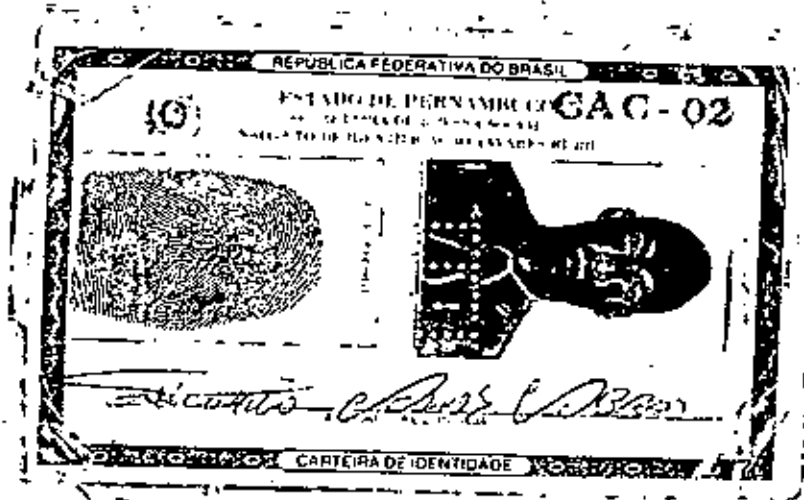
OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

[Assinatura]

LOCAL RECIFE - PE DATA EMISSÃO 21/12/2016

[Assinatura]
Gestor Flávio
25944829521
08376751643

PROIBIDO PLÁSTICO 1416801477



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.143.559
DATA DE EXPIRAÇÃO	08/10/2008
NOME	
<< RICARDO ALVES CABRAL >>	
FILIAÇÃO	
<< RICARDO MARCELINO CABRAL >>	
<< TEREZITA ALVES CABRAL >>	
INTIMIDADE	DATA DE NASCIMENTO
RECIFE - PE	08/10/1964
DOC. ORIGIN: << CC.10398-L.358-AUX.F.199-CART.	
11º DIST. RECIFE-PE-13.06.2007 >>	
CPF	
291.494.354-49	
ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI Nº 7.115 DE 20/08/03	
F-31 7.723 4322	


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
RICARDO ALVES GABRAL

Nº de inscrição
791494364-29

Data do Nascimento
08/10/64

(Carimbo circular com o número 791494364-29)

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
 PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo
 nos casos previstos na Legislação vigente.


 RICARDO ALVES GABRAL

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Emitido em **24/03/87**



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.36220 / 2018



REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005A. CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA
Ofício nº. 183 / 2018 Data 18 / 9 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005A. CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA

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 13:30 do dia 18 de Setembro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de RICARDO ALVES CABRAL filho(a) de RICARDO MARCELINO CABRAL e de TEREZITA ALVES CABRAL, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Casado(a), aparentando a idade de 53 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 2143559, profissão ELETRICISTA, endereço RUA ALTO DO EUCALIPTO, nº 995, complemento: NÃO INFORMADO, bairro BREJO DE BEBERIBE, telefone/s: (81)98852-5759, 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 comparece para realizar exame traumatológico relatando ter sido vítima de acidente de trânsito em 08/06/2018 (BO nº 18E0094001915). Na ocasião pilotava uma motocicleta quando sofreu colisão em sua lateral, sendo socorrido pelos Bombeiros, que o conduziram ao Hospital de Avila, onde foi submetido à cirurgia traumatológica, motivada por fratura exposta da clavícula esquerda. Traz consigo cópia do boletim de ocorrência, da ficha cirúrgica, do relatório da enfermagem do hospital de Avila e do corpo de bombeiros, que confirmam a veracidade das informações prestadas. Nega ter realizado sessões de fisioterapia.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Ao exame exibe uma cicatriz na região clavicular esquerda hipocrômica e normotrófica medindo 135x14mm, além de outra menor, inferior, medindo 28x03mm, com o mesmo aspecto da anterior. Há limitação leve na amplitude do movimento de elevação do membro superior esquerdo sem comprometimento dos outros movimentos.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Há nexo causal e temporal. Para fins de DPVAT o periciando exibe invalidez Permanente Parcial Incompleta com grau de repercussão leve (20%) sobre as funções do membro superior esquerdo.

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, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias e debilidade permanente do membro superior esquerdo.

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

Não.



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



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado como (a) médico (a) legista que assina Dr^o. IVSON SOARES HENRIQUES - CRM 13356.

Perito responsável

Ricardo Alves
CABAL
JO JO 18 1289
4



DIRETORIA DE POLÍCIA METROPOLITANA
5ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL
CASA AMARELA

36220/18

Ofício nº 183 / 2018-SA

Recife, 04 de Setembro de 2018.

Senhor Diretor,

Encaminho a V.S.^a a fim de ser submetido(a) à **PERÍCIA TRAUMATOLOGICA**, o (a) Sr(ª): Ricardo Alves Cabral, filho (a) de Ricardo Manoelino Cabral e de Terezita Alves Cabral, R.G. 2143559 SDS-PE, nascido(a) em 08/10/1964 natural de Recife-PE, residente na Rua: Alto do Euclipto, 995, Bairro: Bejo de Bebenbe Cidade: Recife - PE, o (a) qual foi vítima de: Acid de Trânsito, conforme BOE: 18E0094007915.

Igualmente, solicito que referido laudo seja encaminhado delegacia da 5ª Circunscrição - CASA AMARELA.

Atenciosamente,

Belª Lidia Mara Barci
Delegada de Policia.

limº. Sr. Dr.

MD: Diretor do Instituto de Medicina Legal - I.M.L.
Nesta.





DIRETORIA DE POLÍCIA METROPOLITANA
5ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL
CASA AMARELA

36220/18

Ofício nº 183 / 2018-SA

Recife, 04 de SETEMBRO de 2018.

Senhor Diretor,

Encaminho a V.S.ª a fim de ser submetido(a) à PERÍCIA
TRAUMATOLOGICA, o (a) Sr(ª): RICARDO ALVES CABRAL,
filho (a) de RICARDO MARCELO CABRAL e de
TENEGATA ALVES CABRAL, R.G. 2143559 SDS-PE,
nascido(a) em 08/10/1964 natural de RECIFE-PE
residente na Rua: ALTO DO CUCUPIRITO, 995
Bairro: BAIRRO DE BEBONDE Cidade: RECIFE - PE, o (a) qual foi
vitima de: ACID DE TRANSITO, conforme BOE: 18E0094061915.

Igualmente, solicito que referido laudo seja encaminhado delegacia da
5ª Circunscrição - CASA AMARELA.

Atenciosamente,

Belª Lídia Mara Barci
Delegada de Polícia.

Imº. Sr. Dr.

ID: Diretor do Instituto de Medicina Legal - I.M.L.
esta.

TRAUMATOLOGIA
Recebido em 09/09/18 às 13h
Assinatura - Marcos

Lilian Ferreira da Silva
Aux. de Legista
Matr. 296232-2



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

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 36220 / 2018

CÓPIA AUTÊNTICA

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005A, CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA
Ofício nº. 183 / 2018 Data 18 / 9 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005A, CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA

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 13:30 do dia 18 de Setembro de 2018, na seção da Clínica Médico-legal, procedeu o exame de RICARDO ALVES CABRAL filho(a) de RICARDO MARCELINO CABRAL e de TEREZITA ALVES CABRAL, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Casado(a), aparentando a idade de 53 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 2143559, profissão ELETRICISTA, endereço RUA ALTO DO EUCALIPTO, nº 995, complemento: NÃO INFORMADO, bairro BREJO DE BEBERIBE, telefones: (81)98852-5759, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periclindo compareceu para realizar exame traumatológico relatando ter sido vítima de acidente de trânsito em 88/06/2018 (BO nº 18E0094001915). Na ocasião pilotava uma motocicleta quando sofreu colisão em sua lateral, sendo socorrido pelos Bombeiros, que o conduziram ao Hospital de Avila, onde foi submetido à cirurgia traumatológica, motivada por fratura exposta da clavícula esquerda. Traz consigo cópia do boletim de ocorrência, da ficha cirúrgica, do relatório da enfermagem do hospital de Avila e do corpo de bombeiros, que confirmam a veracidade das informações prestadas. Negou ter realizado sessões de fisioterapia.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Ad exame exibe uma cicatriz na região clavicular esquerda hipocrômica e normotrófica medindo 135x14mm, além de outra menor, inferior, medindo 28x03mm, com o mesmo aspecto da anterior. Há limitação leve na amplitude do movimento de elevação do membro superior esquerdo sem comprometimento dos outros movimentos.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Há nexo causal e temporal. Para fins de DPVAT o periclindo exibe Invalidez Permanente Parcial Incompleta com grau de repercussão leve (20%) sobre as funções do membro superior esquerdo.

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, perda da vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim, Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias e debilidade permanente do membro superior esquerdo.

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



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

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto e (a) mesmo (a) legista que assina Dr. (a) IVSON SOARES HENRIQUES - CRM 13356.

Porto responsável

CONVÊNIO DE INTERVENÇÃO PERMANENTE
PROCURADORIA GERAL DO ESTADO - Procurador Geral

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES

Dr. RICARDO ALVES



Fábio Farias Almeida
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 383.376-7

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Combóios da Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137305/19

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

CPF: 291.494.364-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: RICARDO ALVES CABRAL

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Lauda do IML - Lesões corporais

Outros

Outros



RICARDO ALVES CABRAL : 291.494.364-49

Autorização de pagamento

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: 24/04/2019
Nome: RICARDO ALVES CABRAL
CPF: 291.494.364-49

RICARDO ALVES CABRAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

☒ Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

() Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☒ Solicitação 07

() Solicitação 06

() Caixa Redistribuição

() Atraso por consulta ao site da Receita Federal

() Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
09/04/19	24/4

24/4 - recebido p/ codastre. (Assin)

Nome: Élen Pereira

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA RICARDO ALVES CARVALHO

DATA DO ACIDENTE 10/06/2018 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 291.994.364-99

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.dpvatsegurodotransito.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 DMS

- ☒ 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
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários 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 DE 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)
 - ☐ Certidão 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) _____

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail Ricardolaucarvalho@hotmail.com

Data 19-10-2018 Assinatura Ricardo Carvalho

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AL-CENTRAL

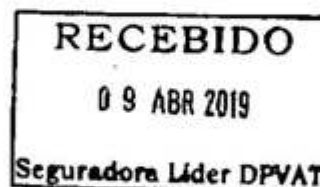
Atendente ELIZIO GOMES DE MELO Matrícula 8.525.136-D

Data 18/10/2018 Assinatura Elizio Gomes de Melo

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO ALVES CABRAL
Nº Sinistro: 3180509282
Vítima: RICARDO ALVES CABRAL
Data do Acidente: 06/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Can.



Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180509282, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

Pag. 0016300170 - carta_03 - INVALIDEZ

00050035

A documentação deve ser entregue na SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13575033

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137305/19

Número do Sinistro: 3190289105

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

CPF: 291.494.364-49

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Outros



Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: RICARDO ALVES CABRAL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

RICARDO ALVES CABRAL : 291.494.364-49

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: 15/05/2019
Nome: RICARDO ALVES CABRAL
CPF: 291.494.364-49

RICARDO ALVES CABRAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL
Data do Acidente: 03-06-2018 Possui CPF: ☐ Sim ☐ Não NR CPF:

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
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ 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 receituários 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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): RICARDO ALVES CABRAL
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 291.494.364-99
E-mail: 888525759
Data: 03-06-2018 Assinatura: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do porto): Al. Central Recife
Atendente: Edmilson Taurino da Silva Matrícula: 8604.502-1
Data: 03/05/2019 Assinatura: [Assinatura]

RECEBIDO
08 MAI 2019
Seguradora Líder DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO ALVES CABRAL**
Nº Sinistro: **3180509282**
Vítima: **RICARDO ALVES CABRAL**
Data do Acidente: **06/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180509282**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será **negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137305/19

Número do Sinistro: 3190289105

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

CPF: 291.494.364-49

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Outros



Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: RICARDO ALVES CABRAL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

RICARDO ALVES CABRAL : 291.494.364-49

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: 15/05/2019
Nome: RICARDO ALVES CABRAL
CPF: 291.494.364-49

RICARDO ALVES CABRAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL
Data do Acidente: 03-06-2018 Possui CPF: ☐ Sim ☐ Não NR CPF:

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
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ 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 receituários 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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): RICARDO ALVES CABRAL
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 291.494.364-99
E-mail: 888525759
Data: 03-06-2018 Assinatura: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do porto): Al. Central Recife
Atendente: Edmilson Taurino da Silva Matrícula: 8604.502-1
Data: 03/05/2019 Assinatura: [Assinatura]

RECEBIDO
08 MAI 2019
Seguradora Lider DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO ALVES CABRAL**
Nº Sinistro: **3180509282**
Vítima: **RICARDO ALVES CABRAL**
Data do Acidente: **06/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180509282**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será **negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289105 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO ALVES CABRAL **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de clavícula esquerda

Descrição do exame físico: Vítima com consolidação viciosa da fratura, realiza flexão a 150 graus, abdução a 160 graus, limitação de força leve do ombro, com presença de cicatriz local

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 3 meses

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em ombro 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289105 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO ALVES CABRAL **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 02 // 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75