

0408010134-9. 424

fls. 3

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2604054 DATA: 27/12/2018 HORA: 16:05 USUARIO: ERICO
 CNS: 704706749853839 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 NOME : RAIMUNDO CAETANO SOARES SILVA
 IDADE.....: 48 ANOS NASC: 22/07/1970
 ENDereco.....: ROD.AC-90, KM14, RM DO POLO DOM JOAGUIM
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: CHACARA
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO
 NOME PAI/MAE...: BENEDITO MOREIRA SOARES UF: AC CEP....: -
 RESPONSAVEL....: FILHO - ELISSON LUSTOSA /MARIA LUCI CAETANO SOARES
 PROCEDENCIA....: UPA-SOBRAI TEL....: 999868461
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE MOTO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA[]

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA S/A

29 ABR 2019

PROTOCOLO

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
 ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] DA PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

HORA DA SAIDA: :
 [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Novo Acre
Governo para o empreendedor

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE

UNIDADE: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Para: Ortopedia - PS
Nome do Paciente: Romeiro Coetano S. Silva
Nome Social: _____
Hipótese diagnóstica: Fratura Clavícula (E)

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Atesto para os devidos fins: paciente vítima de
acidente de trânsito
apresenta trauma contuso e
aberto no membro esquerdo
RX em anexo
for feita medicação - Dipirona 2ml
Diclofenaco 75mg

ATA 27/12/18

Dr. Cassia Hassem
ASSINATURA
MAC-1979

SABE / H. GRZ
COM-14
CONFORME ORIGINAL

ATESTADO MÉDICO

Atestado que o paciente

Raimundo Coetane

Sauve

necessita de

30

(

funto

)

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

CID:

←

S52.9

→

Ribeiro AC

27.12.2019

Felipe Henrique de M. Duarte
CRM 11.2106

Assinatura do Médico com C.R.M.

NOTA:

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



Novo Acre

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

idade: ACERB

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

ra: ACERB

ira: HC

ome do paciente: Roberto Coelmo

pótese diagnóstica: Ex. de sangue (E)
diagnóstico

NOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Trat. Comorb. Snd. Lupa
Contato Gino
Acamp. Amb.

R. Costa Barros

no período m. 15 dias

Felipe Henrique
2019.09.25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

fls. 7

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143598/19

Vítima: RAIMUNDO CAETANO SOARES

CPF: 412.213.202-97

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/12/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO CAETANO SOARES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Comprovante

RAIMUNDO CAETANO SOARES : 412.213.202-97

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: 29/04/2019
Nome: RAIMUNDO CAETANO SOARES
CPF: 412.213.202-97

Raimundo Caetano Soares Silva

RAIMUNDO CAETANO SOARES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

UPA  FVRO

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre 20

98 AUNA
SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

Paciente	Raimundo Coelano 404			Idade	Registro SE
Sexo	☐ FEM	☐ PSI	☐ CCA	☐ CCA	☒ CMA
	☐ CMA	☐ CMA	☐ CMA	☐ CC	☐ U21
Raça	Pb (Anbr) (A) Deleite				
Curso	Pb (Anbr) (A) Zona				
Indicação:					
História Diagnóstica:					
Indicação:					
27/10/103					
Data	ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARGO				Nº CONSELHO
Assinatura:	 Henrique de M. Dutra CRM 2106				

931

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

Paciente	Edimundo Ueteno Soares		Idade	Leito	Regime
Sexo	☐ Masc	☐ Fm	☐ UCA	☐ CCE	☐ CNA
	☐ CUG	☐ CC	☐ UTI		
Rx	☒ Rx de Ombro (E)				
	☐ AP				
	☐ UCG				
Outros	perfil do escapulo.				
Indicação:	2) Rx do clavicula (E)				
Hipótese Diagnóstica:	AP				
Indicação:					

28/02/19

Paulo Marcelino S. Jr.
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2217

Assunto:

NOME:

Luiz

Ricardo Cristiano Gomes

SUBMETEN-SE A TRATAMENTO

CONSERVADOR DE FRATURA

RECEBE ALTA COM
DISCREP ENCURTAMENTO E
DOR A MOBILIDADE DO OMBRO
RESERVADO

CID - S42.0

Rio Branco - Ac,

07/03/19

Edisio C. P. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-AC: 359

CARIMBO e ASSINATURA

BR 364 KM 02 Distrito Industrial fone: (068) 3225-4683 - Cep: 69014-220 - Rio Branco - Acre
e-mail: dirclinica.rundnacia@ac.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000238/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/04/2019 07:59 Data/Hora Fim: 29/04/2019 08:01
Delegado de Polícia: Rafael Marcos Costa Pimentel

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 4ª Regional
Data/Hora do Fato: 27/12/2018 15:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Sobral

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIMUNDO CAETANO SOARES SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Rio Branco

Sexo: Masculino

Nasc: 22/07/1970

Profissão: Vigilante

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Maria Luci Caetano Soares

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Complemento: ESTRADA TRANSACREANA, KM 14, POLO DOM JOAQUIM, RAMAL EXTRA,
Bairro: RURAL
Telefone: (68) 99948-1639 (Celular)

Nº: LOTE 47



Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 412.213.202-97

Renavam 00882387456

Número do Chassi 9C2KC08106R892041

Cor PRATA

Município Veículo Rio Branco

Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa MZX1064

Número do Motor KC08E16892041

Ano/Modelo Fabricação 2006/2006

UF Veículo Acre

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido



Delegado de Polícia Civil Rafael Marcos Costa Pimentel
Impresso por: Rômulo da Silva Nolasco
Data de Impressão: 29/04/2019 08:01
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000238/2019-A01

Última Atualização Denatran 11/06/2015	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Caetano Soares Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

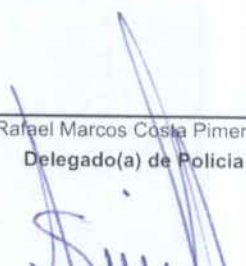
O COMUNICANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU EM SUA FRENTE. O MESMO COLIDIU COM O ANIMAL E CAIU DE SUA MOTO FICANDO BASTANTE LESIONADO.

ASSINATURAS


Rômulo da Silva Nolasco
Responsável pelo Atendimento


Raimundo Caetano Soares Silva
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."


Rafael Marcos Costa Pimentel
Delegado(a) de Polícia


Fabrício Leonardo da S. Sobreira
Delegado de Polícia Civil
Mat. 9325298-1



Delegado de Polícia Civil: Rafael Marcos Costa Pimentel
Impresso por: Rômulo da Silva Nolasco
Data de Impressão: 29/04/2019 08:01
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 014122831276
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 01 00882387456 EXERCÍCIO 2018

NOME
RAIMUNDO CAETANO SOARES

AC

CPF / CNPJ 412.213.202-97 PLACA MZX1064

PLACA ANT / UF 9C2KC08106R892041 CHASSI

PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/C6 150 TITAN KS ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2006

2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRATA

1- COTA ÚNICA VENC. COTAS 1- *****
2- FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2- *****
3- PAGO COTA ÚNICA 3- *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) K\$0.7 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$185.5 DATA DE PAGAMENTO 16/04/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO
DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

RIO - BRANCO - AC DATA 23/04/2018

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

AC Nº 014122831276 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/04/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 412.213.202-97 PLACA MZX1064

RENAVAM 00882387456 MARCA / MODELO HONDA/C6 150 TITAN KS

ANO FAB. 2006 CILINDROS 9 Nº CHASSI 9C2KC08106R892041

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) R\$81.29 DENATRAM (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.7 TOTAL A SER PAGO (R\$) R\$185.5

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 16/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04

014122831276

RECIBO AC Nº

23/04/2018

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

ASSINATURA



MZX1064

014122831276

COD. RENAVAM

00882387456

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

412.213.202-97

Nome completo da vítima:

Raimundo Caetano Soares Silva

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

Nome completo:

Raimundo Caetano Soares Silva

CPF:

412.213.202-97

Profissão:

Reuso - me

Endereço:

Romão Paulo Dom Joaquim

Número:

2117

Complemento:

Bairro:

Trasacama

Cidade:

Rio Branco

Estado:

AC

CEP:

69909-710

E-mail:

Tel.(DDD):

(08) 999 48-1639

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0534

013

CONTA:

000 35 800

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Rio Branco AC 29/04/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297286

Vítima: RAIMUNDO CAETANO SOARES

Data do Acidente: 27/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAIMUNDO CAETANO SOARES

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0147901480 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 14279061

Requerimento de Benefício por Incapacidade

Comprovante do Requerimento

Requerimento: 194010006
Benefício Nº: 6263075191
Data: 10/01/2019

Dados Do Requerimento

NIT (PIS/PASEP): 12295418528
Nome: RAIMUNDO CAETANO SOARES
Endereço: POLO DOM JOAQUIM KM 14 LOTE 47
Bairro/Município/UF/CEP: TRANSACREANA / RIO BRANCO / AC / 69900000
Agência: RIO BRANCO BOSQUE
Endereço da Realização da Perícia: R ALVORADA 271
Bairro/Município/UF/CEP da Perícia: BOSQUE / RIO BRANCO / AC / 69900664
Exame médico-pericial agendado para: 14/01/2019 15:00

Termo de Responsabilidade

Confirmo a data do último dia de trabalho informada:

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

Data: __/__/__

Carimbo e Assinatura
do responsável pela Empresa
Diretor Administrativo e Financeiro

Assinatura

Observação Decreto Nº 1.182/2018

1. Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:

- Documento de IDENTIDADE Original;
 - EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
 - Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
 - Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
 - Se segurado especial (trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;
2. A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço www.previdencia.gov.br ou ligando para o número 135 da Central.
3. Para que a Previdência Social possa localizá-lo(a), mantenha o seu endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 135.

Encerrar

Imprimir

v2.13.13 - build-time 2017-12-05T16:22:38Z

MPS | INSS

Quinta-feira, 10 de Janeiro de 2019



REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome RAIMUNDO CAETANO SOARES		Data de Nascimento 22/07/1970	Nacionalidade BRASILEIRO
Endereço RAMAL POLO DOM JOAQUIM		Nº 2117	
Complemento		Bairro TRANSACREANA	
Cidade RIO BRANCO		Estado ACRE	CEP 69.909-710
Sexo ☒ Masc ☐ Fem.		Doc. Inscrição (Nº e Série) 33233-2	
Estado Civil ☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Viúvo ☐ Desquitado/Divorciado		Tem outra atividade com vinculação à previdência social ? ☐ Sim ☒ Não	

Assinatura : _____

Nome do Procurador ou Curador	
Endereço	

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Empresa: EMP. MUN. DE URB. DE RIO BRANCO - EMURB		Nº CNPJ 04.518.601/0001-41
Endereço: RUA RIO DE JANEIRO		Nº 1922
Complemento:		
Bairro: CONJ. ABRAÃO ALAB		
Cidade: RIO BRANCO		Estado ACRE
CEP 69.918-048		
Último dia de trabalho do segurado 27/12/2018		Afastado por: ☒ Doença ☐ Acidente do trabalho ☐ Férias

Dependentes para Salário Família

Prenome dos filhos	Data Nasc.	Prenome dos Filhos	Data Nasc.

Localidade : RIO BRANCO - ACRE	Data : 10/01/2019
---------------------------------------	--------------------------

Assinatura do responsável e carimbo do CGC da Empresa

Decreto N.º 1.105/2010

Instruções

1. O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina
2. No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho
3. No mês do afastamento do trabalho se a empresa efetuar o pagamento integral do Salário Família, o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados

04.518.601/0001 - 41
Empresa Municipal de Urbanização de Rio
Branco - EMURB
Rua Rio de Janeiro, nº 1.292, Abrão Alab
Rio Branco - Acre

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO ACRE SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO		REGISTRO NACIONAL 182774 DATA DE EMISSÃO 15/09/2016	
RAIMUNDO CAETANO SOARES SILVA		RAIMUNDO CAETANO SOARES SILVA	
BENEDITO MOREIRA SOARES		BENEDITO MOREIRA SOARES	
MARIA LUCI CAETANO SOARES		MARIA LUCI CAETANO SOARES	
RIO BRANCO - AC		RIO BRANCO - AC	
CERTO CAS 1943 FLS 154 LIV BPC-7		CERTO CAS 1943 FLS 154 LIV BPC-7	
OF RIO BRANCO - AC		OF RIO BRANCO - AC	
412.213.202-97		412.213.202-97	
2 VIA		2 VIA	
SANDEO ROBERTO CUNHA RODRIGUES DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO		SANDEO ROBERTO CUNHA RODRIGUES DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 ABR 2019
PROTOCOLO
AC. RIO BRANCO