

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Chomenei A de Pequeno inscrito (a) no CPF 056.159.494 / 37,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marika Guilherme da Rocha inscrito
(a) no CPF sob o Nº 037.063644 / 92, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima
Marika Guilherme da Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.063644 / 92, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

– Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Engenheiro Aguiar Neto</u>		Número <u>168</u>	Complemento <u>Casa - A</u>
Bairro <u>Imperatriz</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>51150-030</u>
Email <u>Chomenei.23@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>81-99244-2330</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-99988-5004</u>

Recife, 12 de Dezembro de 2017
Local e Data

Chomenei A de Pequeno
Assinatura do Declarante

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO: 1692891	ATENDIMENTO: 01480939
DATA DE NASCIMENTO: 26/04/1979	FOI ATENDIDO EM: 10/09/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 19/09/2019 ÀS 09:43	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO PARA FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Observação:

CURATIVO DIÁRIO

Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA COM 2 SEMANAS

Dr. Jenner Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 25772

FRANCISCO STARLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: Nº.7472

Recife, 19, SETEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Escore:	Hora:	Escore:	Hora:	Escore:	Hora:

E: Exposição/Abdômen:

NOR queixo de moto
sem sinais de contusão
Gx IS, usário i foto+
sem deficit motor

Diagnóstico Inicial: agudizado TC crânio e col cervical

Cod. Procedimento

Conduta:

Cristina B. Heinrich
Neurocirurgia Funcional
CREMEPE 18/08/2019

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:		Condição de Alta:	
☐ Internamento	☐ Cirurgia	☐ Óbito	☐ Termo de Alta a Pedido
☐ Evadiu-se	☐ Alta	☐ Curado	☐ Melhorado
☐ Internado na Clínica:	☐ Transferido para:	☐ Inalterado	☐ Piorado
☐ Óbito		☐ Óbito	

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da Identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 10-Set-19

Condição de Alta:	
☐ Curado	☐ Melhorado
☐ Inalterado	☐ Piorado
☐ Óbito	



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente:

Clinica:

Registro:

Box/Leito/Enfermaria:

CID-5821

a tsq, 49 dias

pós op. Suam

corça com cicatriz

a ocluir o

das, suar a corça

para mmli + ferro

de modo

Data: 05/11/19

Ass. Capão Médico/CREMEPE

Dr. Henrique Costa Barros
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12504

COD. 0340

corça com cicatriz
a ocluir o
das, suar a corça

Hospital: HR Convênio: RG-1692871 Cidade: RECIFE-PE
Nome do Paciente: HELIKA GONCALVES DA SILVA Data da Cirurgia: 16/09/19
Médico: D. DAPKOWSKI Membro Operado: MIE

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
01 PARAFUSO CANULADO 6,5 (nº 70) — 01 UNID			

FATURADO

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 10/09/2019 21:25

Nome Paciente:	HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	26/04/1979
Sexo:	Feminino
Idade:	40
Senha:	U0038
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 10/09/2019 21:27 - 10/09/2019 21:28

LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO HA 01 HORA, PACIENTE ERA PASSAGEIRA DA MOTO, ECG 15, FRATURA EXPOSTA EM MID

Medicamento(s): NAO

Observação: SAMU RECIFE

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

11/9/19 # NCR#

Paciente vítima de acidente de trânsito
sem perda de consciência, dor lombar e dor cefálica
sem queixas no momento

ECG 15, exame, R&M ⊕

to clínico:

coluna cervical com pontos de dor

cd: Vite de NCR

A traumatologia

Rafael Borges
Enfermeiro

Acolhido(a) por: LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/09/2019 21:28

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		
Paciente:	Herika Guillema da Silva	Nº do Registro: 1480466
Clinica:	Proctologia	Nº do Leito:
Operador:	Dr. Jorbar	
1º Assistente:	Dr. Thiago Augusto	2º Assistente:
Instrumentador:		Anestesista:
Anestesia:	Raqueanestesia	Duração:
Data da Operação:	Início:	Fim:
Diagnóstico Pré-Operatório: fnd. de fíb. proximal e em cernis + les. extensa em		
Diagnóstico Pós-Operatório: perna e joelho e		
Operação Proposta: Debridamento + limpeza + Exérese de corpo estranho		
Operação Realizada: Debridamento		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) Paciente em DDH sob anestesia
- (2) Rotina asséptica
- (3) Obrao fúnculo extenso com pequeno
expansão e área opaca de nec. + pele teídica
importante + presença de mála (corpo estranho)
- (4) Exérese de corpo estranho + limpeza e
stapex
- (5) Debridamento extenso de fúnculo (tecidos
mucosos e contaminados)
- (6) limpeza e stapex extenso
- (7) Sutura por planos, dga, limpeza
- (8) Sutura por planos
- (9) Curativo



Dr. Thiago Augusto
Proctologia
CRM 24.325

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELAÇÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

PACIENTE

Henka Quilherme da Silva (su)

REGISTRO 1652894

40 anos

CIRURGIA

Remoção de tecido conjuntivo de artéria femoral

data 16/09/19 CIRCULANTE

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICAÇÃO	QUANT.	MEDICAÇÃO
1	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina	1	Metoclopramida (plasil)
1	Agulha 40x12		Fio de seda	1	Agua destilada 10ml		Naloxona (narcan)
1	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio	1	Neocafina <i>pronta</i>
1	Agulha de bloqueio (nº 25)		Fio simples		Alfentanila (rapifen)		Neostigminê
1	Atad. Crepe 20 cm		Fita cardíaca	22	Antibiótico <i>cefazolin</i>		Pancurônio
	Atad. Gessada	1	Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático	1	Atropina		Propofol
	Capa de vídeo	1	Lâmina bisturi nº 05 (20)		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
	Cat. venopunção nº	1	Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
1	Cat. de oxigênio	1	Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron	20	Soro fisiológico <i>500ml</i>
	Câra óssea	1	Luva de procedimento	1	Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()		Seringa insulina () 5cc ()		Diazepam		Soro glicosado
1	Compressa cirúrgica		Seringa 10cc (A) 20cc ()	1	Diplirona		Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias		Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelicin)
1	Eletrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid		Traciun
1	Eq. De bomba		Sonda de foley nº () *		Enflurano		Vitamina C
	Eq. De soro		Sonda nosogástrica nº ()		Etilefrina (efortil)		Vitamina K
	Fio cromado		Sonda uretral nº ()		Fenitoína (hidantal)		Xilocaina C/A
	Fio cromado		Torneira de 3 vias		Fentanil		Xilocaina S/A
	Fio de aço	1	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)	1	Xilocaina 2ml
	Fio de aço	1	Fio Univel D		Gelafundin	1	Xilocaina <i>pronta</i>
	Fio de algodão c/a				Glicose 10ml		
	Fio de algodão c/a				Gluconato de sódio		
	Fio de algodão s/a				Heparina		
	Fio de algodão s/a				hidrocortisona		
1	Fio de nylon 2-0				Hypnomidate		
1	Fio de nylon 3-0				isoflurano		
	Fio protene c/a				Lanexat (flumazinil)		
	Fio protene c/a				Manitol		
	Fio protene s/a				Meperidina (Dolantina)		

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Henka Guilherme da Silva (516) REGISTRO: 1692891
 IDADE: 45 anos SEXO: M () F (x) SETOR DE PROCEDENCIA: Emergência Adulto (17)

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. Thiago ANESTESISTA: Dr. Rafael
 1ª AUXILIAR: Manuela 2ª AUXILIAR: Rafael
 ENFERMEIRA: Manuela INSTRUMENTADOR: Rafael
 CIRCULANTE: Rafael

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIÃO: Dr. Thiago + Dr. Rafael INÍCIO: 00:00 TÉRMINO: 00:50
 TIPO DE ANESTESIA: Raque INÍCIO: 23:40 TÉRMINO: 00:55

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (x) GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (x) ORIENTADO (x) SONOLENTO () SEDADO () INCONTINENTE ()
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA (x) INTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA 75 PULSO 70 PA 126x66
 PÉIS: ÍNTEGROS () LESIONADOS () DIURESE: ESPONTÂNEA (x) SONDA () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA: — PERTENCES: —
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: SIM () NÃO (x) PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO (x)

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL (x) VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO (x) LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: —
 CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: — FINAL: — CONTROLE DE PERFURAS: FIO AGULHADO: INÍCIO: — FINAL: —
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO (x) QUAL: Cefazolin 2g HORA: 23:45 PREENCHEU COTA: SIM () NÃO (x)
 GARROTEAMENTO: SIM () NÃO (x) TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: — FINAL: —
 CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: com CONFERIDO POR: Rafael + CMC HORA: —

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR (x) OXÍMETRO (x) CAPNÓGRAFO (x) PNI (x) ASPIRADOR MONTADO (x) MANTA TÉRMICA () AP. VÍDEO () TORPEDO DE NITROGÊNIO () TORPEDO DE CO₂ () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATÔMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()
 INSTRUMENTAIS CONSIGNADOS: SIM () NÃO (x)

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

EXATIDÃO PATOLÓGICA: SIM () NÃO (x) NOME DA PEÇA: — MATERIAL: —
 SE LUÇÃO: — IDENTIFICADO POR: —
 CULTURA: SIM () NÃO (x) EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x) GASOMETRIA: SIM () NÃO (x) RX: SIM () NÃO (x)

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade da Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : HELENA BENJAMIM DA SILVA

Nº do Registro : 1672841

Clinica : ORFEDUTÓRIA

Nº do Leito :

Operador : Dr. F. F. L. L.

1º Assistente : Dr. S. S. S.

2º Assistente : Dr. F. F. L. L.

Instrumentador :

Anestesista : Dr. S. S. S.

Anestesia :

Duração :

Data da Operação : 16/07/99

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : LA PRÓXIMA A FICAR

Diagnóstico Pós-Operatório : OK

Operação Proposta : ESTOSSIPLASTIA COM ANILAS CUNHA 65

Operação Realizada : LA PRÓXIMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① Paciente em sala 505
ANESTESIA ② ROTINA NECESSÁRIA - CÂMERAS
ESTERIL ③ INCHADO DO FIO PARA A FICAR UNICA
DO JOELHO ④ (PACIENTE DO FIO - A ANESTESIA).
⑤ CÂMERAS E BLOCO CÂMERAS ⑥ FIO FICANDO COM
PACIENTE CÂMERAS 65 Nº 70. ⑦ SUTURA ⑧ CÂMERAS
ESTERIL

[Assinatura]
[Rubrica]

TIPO QI
DATA: -



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Henka Guilherme

do Jorba

1410466

EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/09/2019 @ 00:50

Traumatologia / ortopedia

HD: fratura de tíbia proximal sem desvio
Fenômeno extenso em perna E# Paciente submetido a intervenção
cirúrgica (neste ato operatório)Procedimento realizado com sucesso
e sem intercorrências.

A S R

Siga te clínico

Colar todo exposto em mte (inferior).

Obs.: paciente pré-operatório com TCE
leve (GCS 15), sem vômitos, sem náuseas,
sem dor no local de intervenção, sem comat-
os. Nega dor no local de intervenção e no
extremidade inferior (neste ato operatório) sem
dor no local de intervenção e no membro
inferior. Retirado colar cervical e mba p/

Dr. Thiago A. Farias
CRM: 17430-2007-13288

Dr. Thiago A. Farias
CRM: 17430-2007-13288

Dr. João Silva Filho
CRM: 17430-2007-13288

11/09/19

52P44

06:50

Paciente em PO de fratura de tíbia proximal, ad-
xada pela Traumatologia sob raquiemestesia com intubação
no momento, paciente acordada, consciente, orientada, eufórica, de-



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Heitor Gutierrez de Sousa

1692891

EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/09/2019

22:10

hematológico / osteoporose

Paciente utiliza de colírios noturnos com Reforço das pupilas e
Alergia: neg. Paracetamol: neg.
Ao exame:
AFC, COT, SAA, my, hialat.
somocorrela

MIE - ferimento extenso + abs
unilateral expostos ósseos + presença
de corpo estranho (nódo). +
murmurecos presentes.

CO: Sobado Rx

Prescritor médica.

(Signature)

Dr. J. J. Silva
Osteod. 117.000.000
Osteod. 117.000.000

23:20 Mela TCR. glicose = 15. S/A2 comit. ao Exame.

A pelve = 2/100

PERNA G = Frat. fibra proximal S/A2?

10) Ao Bloco CCR

Dr. J. J. Silva
Osteod. 117.000.000
Osteod. 117.000.000

18/09/19
curativo
Rita

12/09/19
curativo
Rita

curativo
15.09.19

(Signature)



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Erika de Almeida Silva

EVOLUÇÃO CLÍNICA

16/09/19

Tirocuidado

Nota: Queixa

Paciente em fase de cuidados e monitorização,
apresentando sinais e sintomas de infecção sistêmica.
Exame físico: sem alterações significativas.
Presença de sinais e sintomas.

M: - a 40

- de 1 hora após a 1ª dose de 100mg

- 100mg

SRPA DIA # 16/09/19

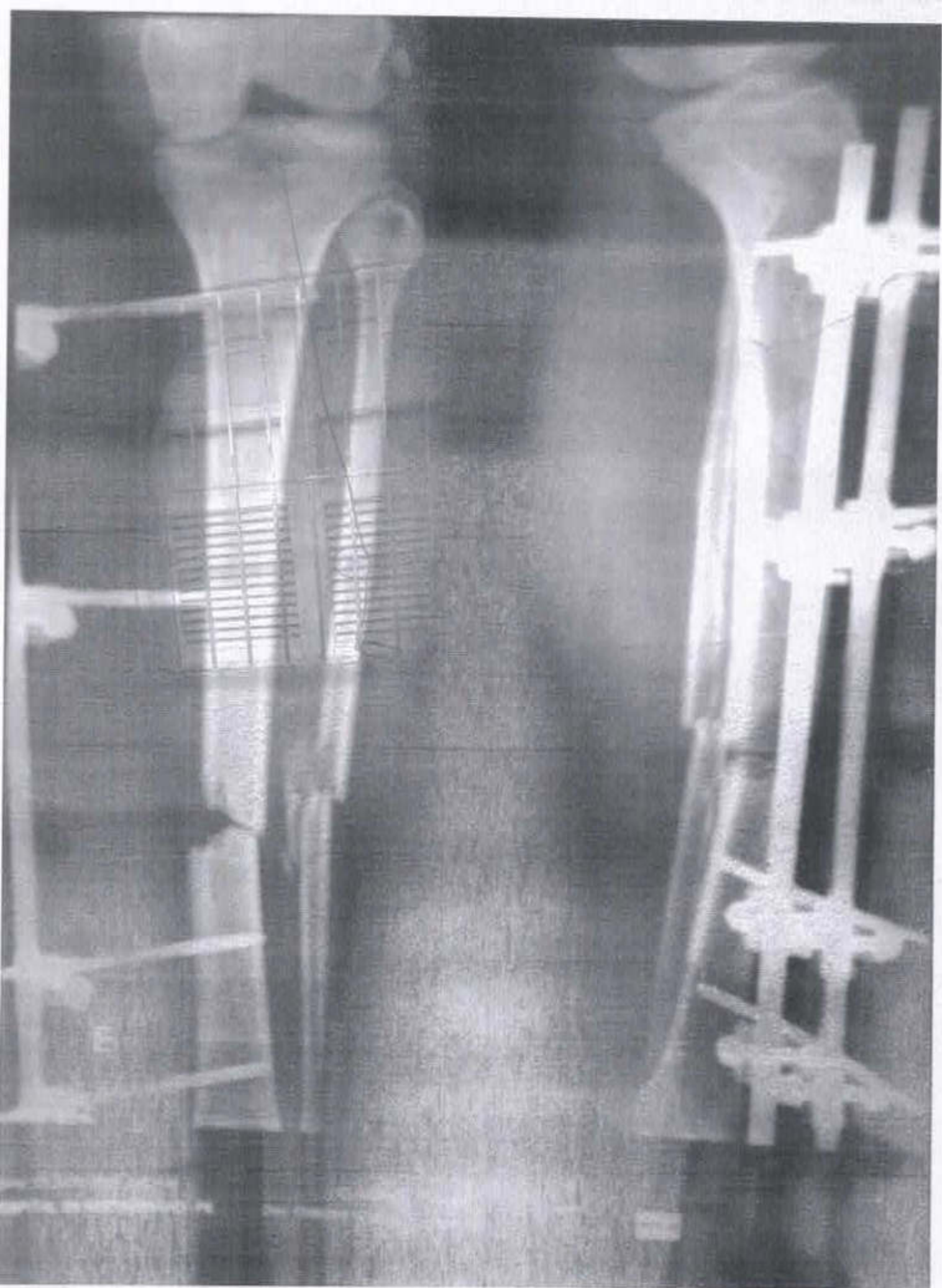
Admito paciente no PRF de Tratamento cirúrgico de FX torácica, em internação. Recibo em ambiente. Nega queixas no momento.
Ao exame, ECG, comente, eufórica, lucida e alerta.
AEC: PER em 21, BNF 1/1. FC = 90 bpm, SpO2 = 98%.
AR: MV em PRF, 4/RA. PA = 130x90.
ABD: globoso, flácido.
CD: plta da SRPA após cfto anestésico

Jackson Junior

CRM/PE 23152

COD. 123







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSTITUCION DE 1988
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CLAYTON ANTONIO DE OLIVEIRA FREIRE

6018605 RDM PE

058.159.494-57 **14/09/1984**

MILTON MARIQUEZ FREIRE
O
MARTA SÔNIA DE OLIVEIRA
A

04887827203 **17/04/2020** **27/12/2005**

Clayton Antonio de Oliveira Freire

RECIFE, PE **16/12/2019**

PERNAMBUCO

1559888220

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Instrumento Procuratório

Através deste instrumento procuratório se faz Outorgante Sr(a):

HERIKA GUILHERME DA SILVA
cujo RG: 5077587, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em
27/06/2009 cujo CPF: 037063644-92, e residente no
endereço: TRAUESSA PARAGUASSU

Nº 100, Bairro: Zumbi, cidade: RECIFE
UF: PE, CEP: 50711-001

Atribuindo poderes ao outorgado Srº Cleomenes Ancillon de Oliveira Pequeno, cujo RG: 6018605, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em 09/07/2004, cujo CPF: 056.159.494-57, e residente no endereço: Rua Engenho Água Doce, Nº 168 A, Bairro: Imbiribeira, Cidade: Recife – UF: PE, CEP: 51150-030.

Dos poderes: O presente documento outorga poderes para o fim especial de representar o outorgante em sua presença ou mesmo em sua ausência nas questões pertinentes a informações, atos administrativos e/ou judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão de processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Data do acidente:

Tipo de cobertura:

RECIFE, 19 de NOVEMBRO de 20 19



Herika Guilherme da Silva

Assinatura reconhecida em cartório por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448603/19

Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

CPF: 037.063.644-92

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: HERIKA GUILHERME DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO : 056.159.494-57

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

HERIKA GUILHERME DA SILVA : 037.063.644-92

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
CPF: 056.159.494-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Steffany Caroliny Lins Veloso

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696152

Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HERIKA GUILHERME DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696152

Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HERIKA GUILHERME DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004048

Conta: 000060002882-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

Estado:

Cidade:

Bairro:

E-mail:

Profissão:

Endereço:

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: Santander

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 disponha do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

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

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

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.

Local e Data: Recife, 12-12-2013

Nome: Herika Guilherme da Silva

CPF: 037.063.644-92

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 003ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOANA BEZERRA - DP3ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0093002173

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/11/2019** às **15:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/9/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 1, AVENIDA BEIRA RIO - EM FRENTE A ACADEMIA DA CIDADE - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GILSON JOSE AMORIM REIS (VITIMA)
HERIKA GUILHERME DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GILSON JOSE AMORIM REIS

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

GILSON JOSE AMORIM REIS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA REIS Pai: GILSON AMORIM REIS Data de Nascimento: 22/2/1977 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5091383/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: 81981823398

Endereço Residencial: BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 100, TRAVESSA PARAGUAÇU - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

HERIKA GUILHERME DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: GICELA MARQUES DA SILVA Pai: JAIME GUILHERME DA SILVA Data de Nascimento: 26/4/1979 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5077587/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: 81986601699

Endereço Residencial: BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 100, TRAVESSA PARAGUAÇU - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): GILSON JOSE AMORIM REIS

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Descrição: MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752

Complemento / Observação

INFORMA AS VÍTIMAS QUE TRANSITAVAM EM UM A MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752 NO BAIRRO DE JOANA BEZERRA, QUANDO O AUTOMÓVEL DE MARCA/MODELO FIAT PALIO ATTRACTIV, PLACA PGH 2328, COLIDIU COM OS MESMOS; QUE FORAM SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, N° DO ATENDIMENTO: DA - 115.09.2019, DATADO DE 04/10/2019, REFERENTE AO ATENDIMENTO DE GILSON JOSE AMORIM REIS E N° DO ATENDIMENTO: DA 116.09.2019, DATADO DE 10/10/2019, REFERENTE AO ATENDIMENTO DE HERIKA GUILHERME DA SILVA; QUE HERIKA GUILHERME DA SILVA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PRONTUÁRIO N° 1692891, N° DO ATENDIMENTO: 01480939 E GILSON JOSE AMORIM REIS FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PRONTUÁRIO N° 833430, ATENDIMENTO N° 01480783; AMBOS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

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

Gilson Jose Amorim Reis
GILSON JOSE AMORIM REIS

(VITIMA)

Herika Guilherme da Silva
HERIKA GUILHERME DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS TRAVASSOS MOTA** - Matrícula: **2213915**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Bairro:

E-mail:

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)

☐

Banco do Brasil (237)

☐

Itaú (344)

☐

Banco do Brasil (001)

☐

Caixa Econômica Federal (104)

☒

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 disponha do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Víduo

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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

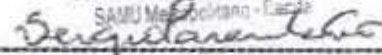
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	116.09.2019
DATA	10.10.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **CLAÚDIA MARIA AMORIM REIS PEREIRA**, portadora do Documento de Identidade nº **5020692** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **024.127.944-56** declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-679352**, que no dia 10 de setembro de 2019, a paciente Sra. **HERIKA GUILHERME DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5077587** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **037.063.644-92**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 21h20, na Avenida Gov. Agamenon Magalhães, em frente a Academia da Cidade, imediações do Fórum Rodolfo Aureliano, no bairro Ilha Joana Bezerra, Recife/PE e, direcionada para Hospital da Restauração, Recife, 10 de outubro de 2019.

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



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

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450

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: 26/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HERIKA GUILHERME DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04048

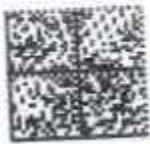
CONTA: 000060002882-4

Nr. da Autenticação 4140BB07203B372F

NUMEROS DE RESPONSABILIDADE

OUTROS (ESPECIFICAR) ☐
DESCONHECIDO ☐
NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO ☐

USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS
☐ AGENTE
☐ MALICIOSO
☐ RECUSADO
☐ MUDANÇA
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE



00132285



CTC RECIFE PE 1
GIZELE DA SILVA REIS
TRAVESSA PARAGUASSU 100
ZUMBI
50711-021 RECIFE - PE



7209036539571800000380813130020819
POSTAGEM: 02/08/2018 VENCIMENTO: 20/08/2018



DE\$CONTO!

TIM



CTC RECIFE PE PL1
CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
R ENGENHO AGUA CLARA 168
IMBIRIBEIRA
51150-040 RECIFE - PE



PARA USO DOS CORREIOS

- | | |
|--|--|
| ☐ 01 - INSTRUÇÃO | ☐ 07 - AUMENTO |
| ☐ 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ 08 - NÃO PROCESSADO |
| ☐ 03 - NÃO EXISTE Nº INDICADO | ☐ 09 - OBJETO DANIFICADO |
| ☐ 04 - FALSO CDD | ☐ 10 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE |
| ☐ 05 - DESCONHECIDO | ☐ 11 - RUA/CA (COMPLEMENTO) INEXISTENTE |
| ☐ 06 - RECUSADO | ☐ 12 - CADA POSTAL CANCELADA |

Assinatura no verso postal (se)

Assinatura do Responsável

Assinatura

Devolução Eletrônica - CEDO

CAIXA POSTAL 19568
CEP 80.231-970 - CURITIBA - PR



3514049716828920000000125230251119
Kendel Job400790/001253/PSGA_VISTA_CT sa/PSGA