

REPUBLICA DE SAN CARLOS

REPUBLICA DE SAN CARLOS

POLEGAR DIREITO

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO
BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

ALTINO BENEDITO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

28/04/1967

1ª APLICAÇÃO

0388 7436 0809

ZONA

144

SEÇÃO

0075

MUNICÍPIO / UF

PETROLINA/PE

DATA DE EMISSÃO

08/03/2016

JUIZ ELEITORAL

Altino Benedito da Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

4811944

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANCA P. U. S. A.
INSTITUTO LAVAREZ DUBAI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 010593760007
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 Cód. RENAVAM 163886717 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2012

NOME
ALTINO BENEDITO DA SILVA

PETROLINA-PE

CPF / CNPJ
628.320.264-00

PLACA
KJN8555

PLACA ANT / UF
***** / BA
CHASSI
95VCA1A299M003529

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
DAFRA / SPEED 150 ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP / POT / cil. 28 / 150 CL CATEGORIA PARTAC COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA 2013 QUITADO 1ª *****
FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
A 1 ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IDI (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ACPI AMORE CRED FIN INV

PETROLINA DATA 06/08/13

Maria de Fátima Bezerra R. Costa
Diretora Presidente DETRAN/PE

DUT

SEGURO OBRIGATORIO DE
AUTOMOTORES DE VIA
TRANSPORTADORA



ICULOS
SOAS

PE Nº 010593760007 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO
2012

CPF / CNPJ
628.320.264-00

PLACA
KJN8555

ALTINO BENEDITO DA SILVA

PETROLINA-PE
BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010593760007 EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 06/08/13

VA 1 CPF / CNPJ 628.320.264-00 PLACA KJN8555

RENAVAM 163886717 MARCA / MODELO DAFRA / SPEED 150
ANO FAB. 2009 CAT. INF. 09 Nº CHASSI 95VCA1A299M003529

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) JORNALIZADO / R\$ 2012
SEGURO PAGO
PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.808/0001-04

DESTINADO A GARANTIA DO BILHETE DPVAT
SIS LDO. 2 DE FORÇA OBRIGATORIO.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros

ASL-0339686/18

Vítima: ALTINO BENEDITO DA SILVA

CPF: 628.320.264-00

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 18/08/2017

Titular do CPF: ALTINO BENEDITO DA
SILVA

CPF de: Próprio



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALTINO BENEDITO DA SILVA : 628.320.264-00

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.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 17/09/2018
Nome: ALTINO BENEDITO DA SILVA
CPF: 628.320.264-00

ALTINO BENEDITO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E D&MS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Altino Benedito da Silva
DATA DO ACIDENTE 18.08.2017 CPF DA VITIMA 628.320.264-00
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Altino Benedito da Silva
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Lagoa
Nº 55 COMPLEMENTO casa BAIRRO Vila Eduardo
CIDADE Porto Alegre UF PE CEP 56.328-250
E-MAIL nao possui e-mail TELEFONE (81) 98865-2739

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
() BOLETEM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - D&MS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
(X) NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - D&MS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (D&MS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

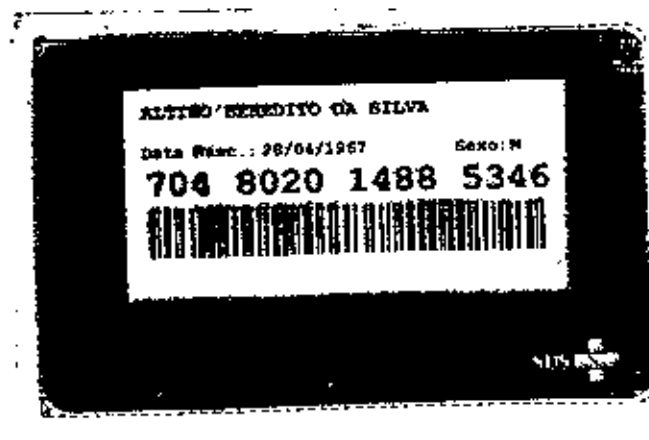
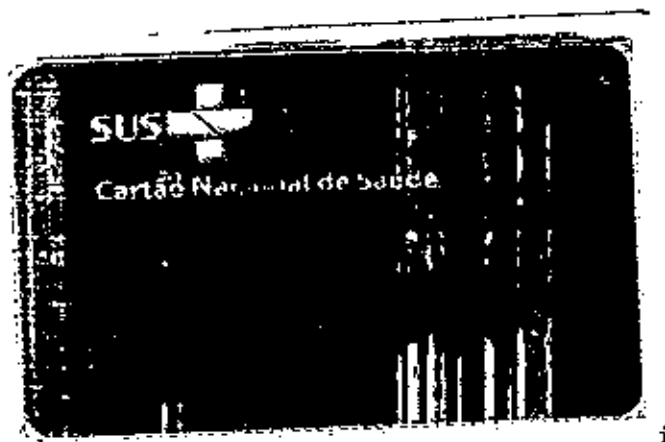
DATA 24.08.2018IDENTIDADE 4813944 SDSIPEASSINATURA Altino Benedito da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 24/08/18

NOME _____

ASSINATURA _____



De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339686/18

Número do Sinistro: 3180431357

Vítima: ALTINO BENEDITO DA SILVA

CPF: 628.320.264-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2017

Titular do CPF: ALTINO BENEDITO DA
SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Outros

Outros



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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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 cancela 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: 05/10/2018

Nome: ALTINO BENEDITO DA SILVA

CPF: 628.320.264-00

ALTINO BENEDITO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

Alessandra Magalhães

De: Ronald Santos
Enviado em: quinta-feira, 4 de outubro de 2018 18:57
Para: Projeto Correio
Assunto: Nº Atendimento 214130017, Nº do sinistro: 3180431357
Anexos: Despesas médicas.pdf

Prezados, boa tarde!

Favor priorizar o recebimento das despesas médicas

Atenciosamente,

Ronald Santos

Gerência Técnica

ronald.santos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4052



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa **News** e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339686/18

Número do Sinistro: 3180431357

Vítima: ALTINO BENEDITO DA SILVA

CPF: 628.320.264-00

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 18/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALTINO BENEDITO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Outros

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 05/10/2018
Nome: ALTINO BENEDITO DA SILVA
CPF: 628.320.264-00

ALTINO BENEDITO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339686/18

Número do Sinistro: 3180431357

Vítima: ALTINO BENEDITO DA SILVA

CPF: 628.320.264-00

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 18/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALTINO BENEDITO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Outros

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 05/10/2018
Nome: ALTINO BENEDITO DA SILVA
CPF: 628.320.264-00

ALTINO BENEDITO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339686/18

Vítima: ALTINO BENEDITO DA SILVA

CPF: 628.320.264-00

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 18/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALTINO BENEDITO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALTINO BENEDITO DA SILVA : 628.320.264-00

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 17/09/2018
Nome: ALTINO BENEDITO DA SILVA
CPF: 628.320.264-00

ALTINO BENEDITO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALTINO BENEDITO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180431357**

Vitima: **ALTINO BENEDITO DA SILVA**

Data do Acidente: **18/08/2017**

Cobertura: **DAMS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180431357**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13405428



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALTINO BENEDITO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180431357**
Vitima: **ALTINO BENEDITO DA SILVA**
Data do Acidente: **18/08/2017**
Cobertura: **DAMS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180431357**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovantes de despesas médicas faltando
página

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 13407958





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	628.320.264-00	Altino Benedito da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Altino Benedito da Silva		628.320.264-00		Vigia
Endereço		Número	Complemento	
Rua Lagoas		55	Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Vila Eduardo	Petrolina	PE	56.328 - 250	
Email			Telefone (DDD)	
Não possui e-mail			87/3863-4463	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ 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
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 2994 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 00009143 D/V 6 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Petrolina, 24 de agosto de 2018
Local e Data

Altino Benedito da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

Boletim de ocorrência

Registro de Accidente Nº

0598/17

1) LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE

AV/Rua	RUA MONIQUE/ RUA MOSCOU		Nº	
Bairro	LOTEAMENTO NOVA YORK		Ponto de Referência	RES. 50
Data	18/08/17	←	Dia	SEXTA
Hora de Chegada dos Agentes de Trânsito		07:15	Hora da Ocorrência	06:50

2) ACIDENTE

Com vítima ☒ Sem vítima ☐

3) CONDIÇÕES DA SINALIZAÇÃO

Semáforo		Sim		Não
Gráfico horizontal		Sim		Não
Gráfico vertical		Sim		Não

4) AÇÃO DO PEDESTRE

Atravessava na faixa	☐
Atravessava fora da faixa	☐
Estava na calçada	☐

5) VISIBILIDADE

Boa ☐ MG ☐ Regular ☒ FURS:

6) SENTIDO DO DESLOCCAMENTO DA VIA:

Unico ☐ Dvoro ☐

7; DIVISÃO DA VIA

Linha contínua		Bloco	
Canteiro central		Ciclo Via	
Linha seccionada		Ciclo-faixa	

8) CONDIÇÕES DE TEMPO: 4 h, 8 h, 12 h, 16 h, 20 h, 24 h

Seco ☒ Chuvoso ☐ Claro ☐ Escuro ☐ Nebuloso ☐

9) CONDIÇÕES DO PAVIMENTO

Seco ☒ Com óleo ☐ Danificado ☐ Molhado ☐ Em obras ☐

10) TIPO DE ACIDENTE:

ATROPELAMENTO	ABALROAMENTO	COLISÃO	CHOQUE
Pedestre ☐	Longitudinal ☐	Frontal ☐	Poste ☐
Animal ☐	Transversal ☐	Traseira ☐	Árvore ☐
			Veículo ☐

1.1) EFEITO DO ACIDENTE

Capotamento	☐	Tombamento	☐	Saída da pista	☐
Incêndio	☐	Outros	☐		

12] DO LOCAL

Leito da Via	☐	Cruzamento	☐	Rotatória	☐
Bifurcação T	☐	Bifurcação em Y	☐	Outros	☐

13) CONDIÇÕES GERAIS

Sinalização Hospitalar ☐ Pista estreita ☐ Faixa de Pedestre ☐
Faixa de Retenção ☐ Ponte Estreita ☐ Curva ☐

:14) TIPO DA PLACA: 01350000

...and the ...

15) VEICULO 1

Automóvel	1
Bicicleta	2
Cominhão	3
Carminhonete	4
Camioneta	5
Microônibus	6
Motocicleta	7
Ônibus	8
Outras	9

FD-010 (Rev. 2-23-65)

Automóvel	☐
Bicicleta	☐
Caminhão	☐
Caminhonete	☐
Camioneta	☐
Microônibus	☐
Motocicleta	☐
Ônibus	☐
Outros	☐

$\frac{1}{2} \log \left(\frac{1 + \sqrt{5}}{2} \right) = \frac{1}{2} \log \left(\frac{1 + \phi}{2} \right)$

Automóvel	☐
Bicicleta	☐
Cominhão	☐
Caminhonete	☐
Camionete	☐
Microônibus	☐
Motocicleta	☐
Ônibus	☐
Outros	☐

16) VEÍCULO (V-1)

Marca	HYUNDAI	
Modelo	UF	
	HB20	
Placa	Ano	
PGR2337	2014	
Município		
PETROLINA		
RENAVAM		
1000056500		
Cor		
BRANCA		
Danificado: Sim	OUTRO: Não	

VEÍCULO (V-2)

ca	
FRA	
elo	UF
PEED 150	PE
a	Ano
18555	
icipio	
TROLINA	
AVAM	
8886727	
ARELA	
ificada: Sim ☐ Não ☒	

Experimental materials

Veículo (V-3)

Marca

Modelo UF

Placa Ano

Município

RENAVAM

Cor

Renovada: Sim Não

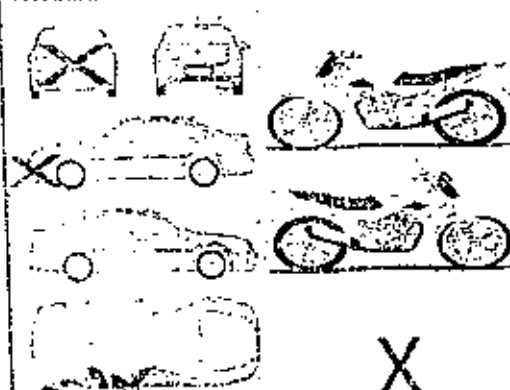
17) DETALHES DOS CONDUTORES E PROPRIETÁRIOS

Condutor		v-1		Data de Nascimento	
FALIANA TEIXEIRA FERREIRA				07/02/1979	
Município	UF	Endereço		Bairro	
PETROLINA	PE	RUA ATLANTA Nº42		LOT NOVA YORK	
Estado Civil	Profissão	RG	CPF		
CASADA	PROFESSORA	5569502 SSP PE	04139485415		
CNH NÚMERO	Categoria	Validade	Idade	Hora/Dirigir	
03917814406	AB	17/10/2021	27		
Liberado ☐ Evadiu-se ☐ Apreendido ☐ Socorro à vítima ☐ Permaneceu no local ☒					
Proprietário					
FALIANA TEIXEIRA FERREIRA					
Município	UF	Endereço		Bairro	

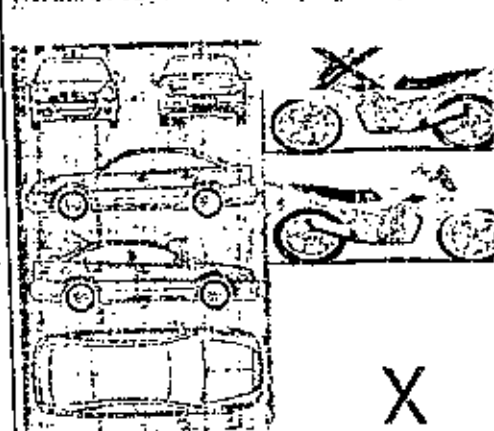
Condutor		v-2		Data de Nascimento		Sexo
ALTINO BENEDITO DA SILVA						M
Município	UF	Endereço		Bairro		
PETROLINA	PE	RUA LAGOAS Nº 55		VILA EDUARDO		
Estado Civil	Profissão	RG	CPF			
CASADO	VIGILANTE	4811944	62522026400			
CNH NÚMERO	Categoria	Validade	Idade	Hora/Dirigir		
04694483737	AB	04/07/2021		5M		
Liberado ☐ Evadiu-se ☐ Apreendido ☐ Socorro à vítima ☒ Permaneceu no local ☐						
Proprietário						
Município	UF	Endereço		Bairro		

Condutor		v-3		Data de Nascimento		Sexo
Município	UF	Endereço		Bairro		
Estado Civil	Profissão	RG	CPF			
CNH NÚMERO	Categoria	Validade	Idade	Hora/Dirigir		
Liberado ☐ Evadiu-se ☐ Apreendido ☐ Socorro à vítima ☐ Permaneceu no local ☐						
Proprietário						
Município	UF	Endereço		Bairro		

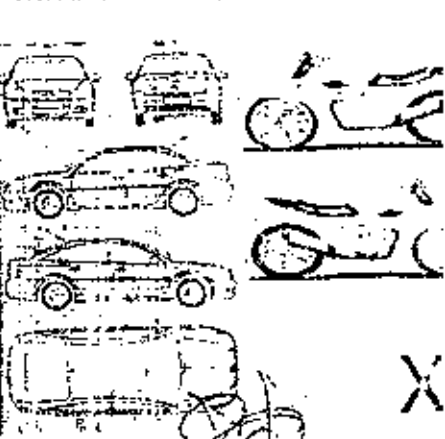
18) AVARIAS: V1 MARQUE COM UM X A AVARIA.



AVARIAS: V2: MARQUE COM UM X A AVARIA.



AVARIAS: V3 MARQUE COM UM X A AVARIA.



ELIMINAÇÃO DAS AVARIAS

1: CAPO AMASSADO, PARA CHOQUE DIANTEIRO QUEBRADO, FAROIS QUEBRADOS, MECANICA A VERIFICAR.

Julho 2: GUIDAO AMASSADO, TANQUE AMASSADO NO LADO ESQUERDO, CARENAGEM DO LADO ESQUERDO PROXIMO
TANQUE QUEBRADA, CARENAGEM L/D PROXIMO AO TANQUE L/D QUEBRADA, RETROVISOR ESQUERDO QUEBADO.

Veículo 3:

20) INFRAÇÕES AUTUADAS

Não dá a preferência (Art. 215, inciso II do CTB)

Dirigir sem atenção (Art. 169 do CTB)

Avança o sinal de parada obrigatória (Art. 208 do CTB)

Retorna proibido (Art. 206, inciso I do CTB)

Avança de Semáforo (Art. 208 do CTB)

Dirigir sem usar lentes corretoras (Art. 152, inciso VI do CTB)

Desobedecer às ordens emanadas pela autoridade de trânsito (Art. 195 do CTB)

Não guarda a distancia de segurança (Art. 192 do CTB)

Parar em desacordo com as posições estabelecidas no CTB (Art. 162, inciso IV do CTB)

Não porta CNH (Art. 232 do CTB)

Não ser Habilitado (Art. 162, inciso I)

Transitar em sentido Proibido/via de duplo sentido (Art. 156, inciso I)

VEÍCULOS

1	2	3

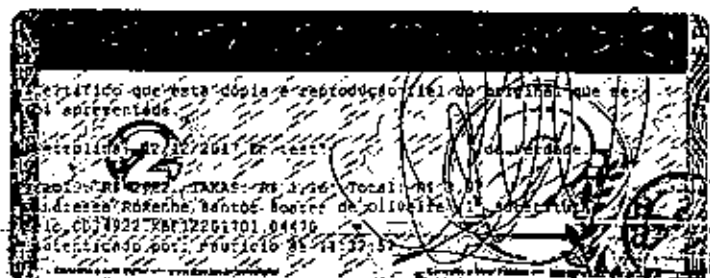
Veículo 1	Código da infração	Amparo Legal/Artigo	Inciso	Parágrafo	Alínea	Do CTB
Veículo 2	Código da infração	Amparo Legal/Artigo	Inciso	Parágrafo	Alínea	Do CTB
Veículo 3	Código da infração	Amparo Legal/Artigo	Inciso	Parágrafo	Alínea	Do CTB

21) OUTRAS PROPRIEDADES ATINGIDAS

1)

Nome do Proprietário			Data de Nascimento		Sexo
Município	UF	Endereço	Bairro		
Estado Civil	Profissão	RG	CPF		
Descrição do Bem Atingido					

Nome do Proprietário			Data de Nascimento		Sexo
Município	Estado	Endereço	Bairro		
Estado Civil	Profissão	RG	CPF		
Descrição do Bem Atingido					



2) Nome do Proprietário _____ Data de Nascimento _____

Município _____ UF _____ Endereço _____ Bairro _____

Estado Civil _____ Profissão _____ RG _____ CPF _____

Descrição do Bem Atingido _____

Nome do Proprietário _____ Data de Nascimento _____ Sexo _____

Município _____ Estado _____ Endereço _____ Bairro _____

Estado Civil _____ Profissão _____ RG _____ CPF _____

Descrição do Bem Atingido _____

3) Nome do Proprietário _____ Data de Nascimento _____ Sexo _____

Município _____ UF _____ Endereço _____ Bairro _____

Estado Civil _____ Profissão _____ RG _____ CPF _____

Descrição do Bem Atingido _____

Nome do Proprietário _____ Data de Nascimento _____ Sexo _____

Município _____ Estado _____ Endereço _____ Bairro _____

Estado Civil _____ Profissão _____ RG _____ CPF _____

Descrição do Bem Atingido _____

22) CONDIÇÕES DO CONDUTOR

Alcoolizado Sim ☐ Não ☐ N/Obs. ☐

Descontrole Emocional ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Observado por:

Hálito

Voz Anormal

Trôpego

Fadiga

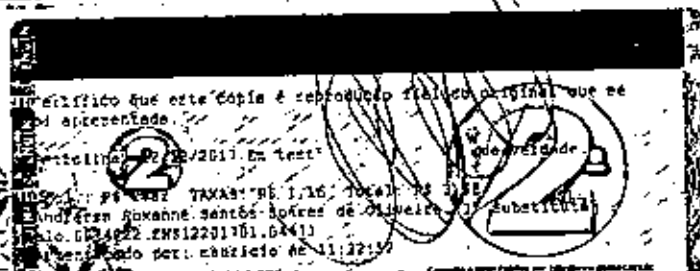
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3

Normal

Def. Física

Sono Aparência

1	2	3
1	2	3
1	2	3



23) PROVIDÊNCIAS ADOTADAS NO LOCAL PELO AGENTE DE TRÂNSITO

☐ Interdição na via ☐ Retirada dos veículos da via ☐ Interdição em Semáforo ☐ Bombeiros/SAMU

☐ Outros: _____

24) DOS AGENTES DE TRÂNSITO RESPONSÁVEIS PELO BOAT

Nome do Agente	Sector	Número de Matrícula	Assinatura
CB GEORGE	PT25900	950069-3	
Nome do Agente	Sector	Número de Matrícula	Assinatura
SD ANANIAS	PT25900	116914-9	

25) DA AUTORIDADE DE TRÂNSITO CERTIFICADORA OU AGENTE DE TRÂNSITO

DELEGADO

Nome _____



CLAUDIO ROCHA
SARGENTO
Mat. 82689-3

Assinatura _____

CARIMBO DATADO



POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO
DGO - CPS - 5º BPM
BATALHÃO GOVERNADOR NILO COELHO
PELOTÃO DE TRÂNSITO

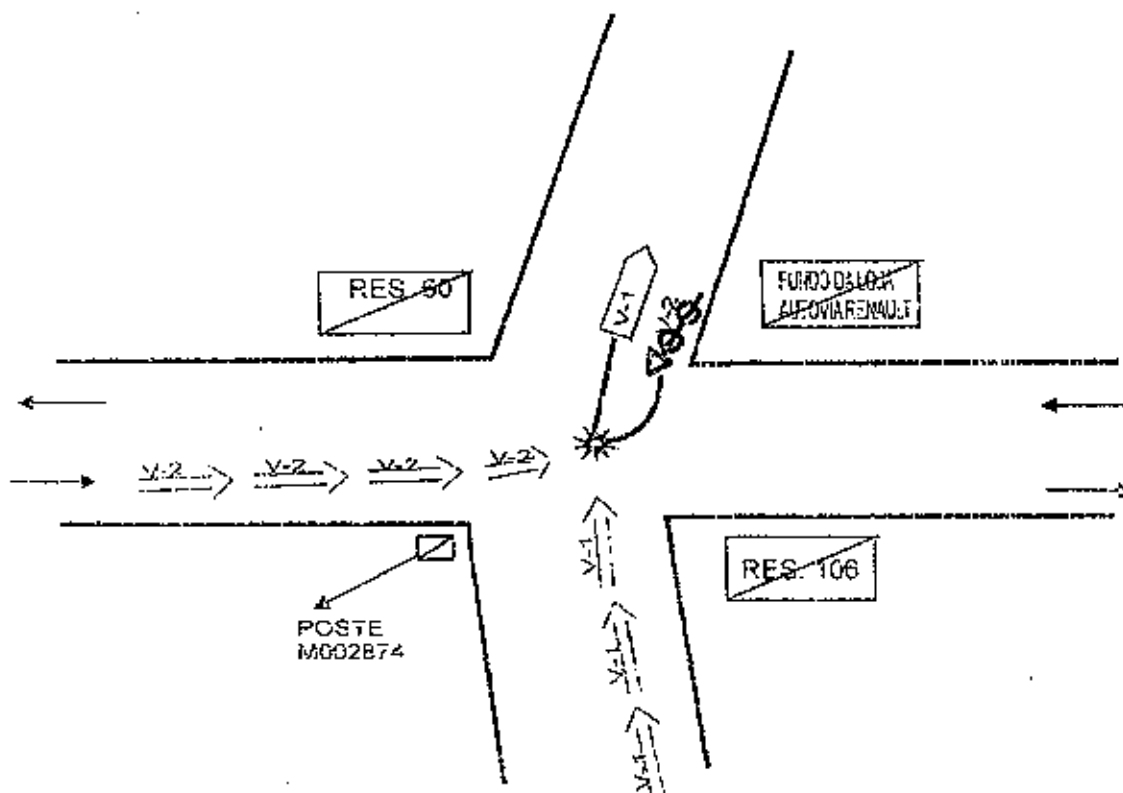


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
(BOAT)

BOAT Nº 0598/17

Página Croqui

AV. MONSENHOR ANGELO SAMPAIO



AV. CARDOSO DE SÁ

SIMBOLIZAÇÃO

MARCHA À RÉ	←
MARCHA À FRENTE	→
ANTES DO ACIDENTE	←
DEPOIS DO ACIDENTE	→
OBJETO FIXO/ ANIMAL	□
ONIBUS OU CAMINHÃO	□
MOTOICICLETA	○

DERRAPAGEM	□
AUTOMÓVEL	□
CICLO	○
PONTO DE IMPACTO	★
PEDESTRE	△
CAPOTAGEM	U
SINALIZAÇÃO	○
SENTIDO DA VIA	←

ASSINATURA DO POLICIAL DE TRÂNSITO

VÍTIMAS

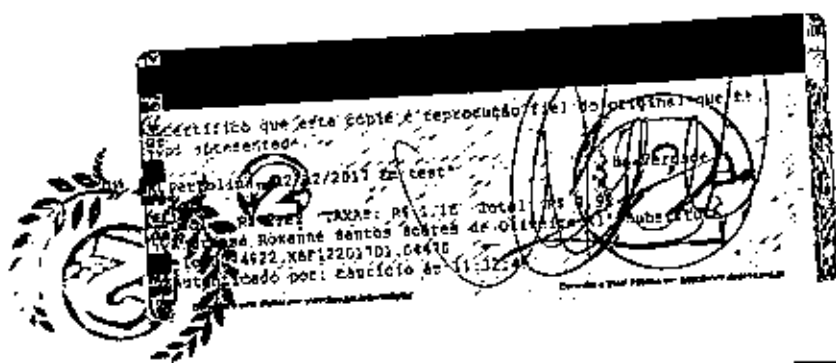
Nome		Data de Nascimento		Sexo	
ALTINO BENEDITO DA SILVA		28/04/1967		M	
Município	UF	Endereço			
PETROLINA	PE	RUA LAGOAS Nº 55			
Bairro				CEP	
VIA EDUARDO					
Estat. Civil	Profissão	RG	Org. exp. /UF	CPF	
CASADO	VIGILANTE	4811944		62832326403	
Natureza dos ferimentos Leves ☐ Médios ☒ Graves ☐ Letais ☐					
Motorista do		Pedestres colhidos por		Passageiros do	
1 2 3		1 2 3		1 2 3	
Socorrido no (a)					

Nome		Data de Nascimento		Sexo	
Município	UF	Endereço			
Bairro				CEP	
Estat. Civil	Profissão	RG	Org. exp. /UF	CPF	
Natureza dos ferimentos Leves ☐ Médios ☐ Graves ☐ Letais ☐					
Motorista do		Pedestres colhidos por		Passageiros do	
1 2 3		1 2 3		1 2 3	
Socorrido no (a)					

Nome		Data de Nascimento		Sexo	
Município	UF	Endereço			
Bairro				CEP	
Estat. Civil	Profissão	RG	Org. exp. /UF	CPF	
Natureza dos ferimentos Leves ☐ Médios ☐ Graves ☐ Letais ☐					
Motorista do		Pedestres colhidos por		Passageiros do	
1 2 3		1 2 3		1 2 3	
Socorrido no (a)					

27) DESCRIÇÃO DA DINÂMICA DO ACIDENTE.

V-1 TRANSITAVA NA RUA MONIQUE EM SENTIDO PARA A AV. MONSENHOR ANGELO SAMPAIO, V-2 TRANSITAVA NA RUA MOSCOU NO SENTIDO SENAI PARA A ROTATORIA DO TREVO, QUANDO AO CHEGAREM NO CRUZAMENTO DE VIAS, V-2 NÃO OBEDECEU AS NORMAS DE CIRCULAÇÃO NO QUE REGE O (ART 29. INC. III, C DO CTB) , ABALROANDO EM V-1.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

COMARCA DE PETROLINA

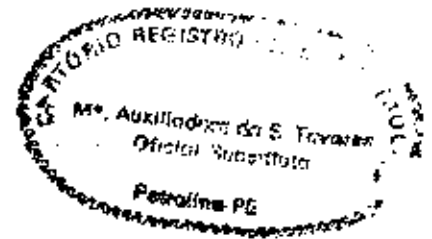


PETROLINA

DISTRITO DE PETROLINA

REGISTRO CIVIL

Maria Auxiliadora S. Tavares
Oficial do Registro Civil



CERTIDAO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, sob nº 24.934..... e fl. 20..... do Livro nº B-17 AUX.. de Registro de Casamentos, verifiquei constar que no dia 14 de Janeiro de 2002... foi realizado o casamento de ALFARO BENEDITO DA SILVA..... e SILVANA NUNES DA SILVA..... contraído perante o/a FREI-ADALGIZO DA SILVA FERREIRA..... e testemunhas Constantes no Termo.

ELE, nascido em OURICURI -PE..... aos 28 de Abril de 1967..... profissão AUXILIAR DE CORTIMENTO..... domiciliado em PETROLINA -PE..... e residente em //.......... filho de BENEDITO FIRMINO DA SILVA..... e MARIA-IZABEL DA SILVA.....

ELA, nascida em PETROLINA -PE..... aos 04 de Abril de 1974..... profissão DO LAR..... domiciliada em PETROLINA -PE..... e residente em //.......... filha de ADELDES NUNES DA SILVA.....

..... e
..... e assinar-se MESMO NOME.....

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 nº I a IV do Código Civil Brasileiro.
Foi adotado o regime de COMUNHAO PARCIAL DE BENS.....

Observações:

O referido é verdade e dou fé.

Petrolina (PE), 09 de Abril de 2002.

Oficial do Registro Civil



ATO
Comprovação de ato declaratório

192

LAIS CABRAL
Coordenadora Geral do SAMU

CERTIDÃO Nº 340/2017

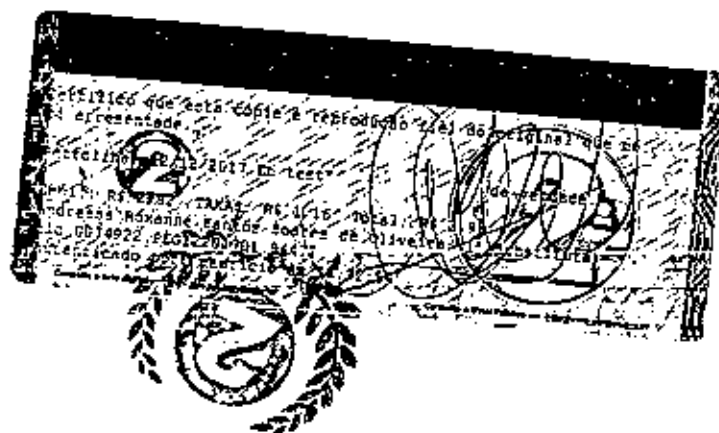
Certifico para os devidos fins que no dia 18 de Agosto de 2017 às 06h:50min o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi acionado para prestar atendimento a **ALTINO BENEDITO DA SILVA**. Vítima de acidente automobilístico (Colisão Carro - Moto) no Bairro Vila Eduardo, Próximo a Acoste em Petrolina PE. Conforme ocorrência de Nº 8752/17. Foram realizados procedimentos Pré-Hospitalar e conduzido ao HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, ficando sob os cuidados da Enf. NAIARA.

Petrolina-PE, de 12 de Dezembro de 2017.



Deborah Veloso
Assist. Administrativo
Samu Petrolina-PE

Deborah Raquel Veloso
Resp. Estatística - SAMU





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

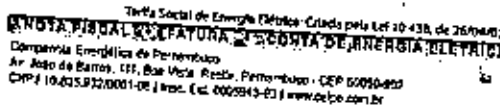
Eu, Altino Benedito da SilvaRG nº 4811944, data de expedição 03/07/92, Órgão SOS/PE

CPF nº 628.320.264-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Lagoas</u>
Número	<u>55</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Vila Eduardo</u>
Cidade	<u>Petrolina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56.328-250</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 98865-2739</u>
E-mail	<u>Não possui e-mail.</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Petrolina, 24 de agosto de 2018.Assinatura do Declarante: Altino Benedito da Silva



ENTENDIMENTO DA UNIDADE CONSULTORA

VILA EDUARDO DE IROQUINA
PETROLINA PE
50328-210

04/9437025 05/2018
406/2018 08/05/2018
158,97

[illegible]

Consumo Ativo(MAn)
Acréscimo Bancária AMARELA
Contribuição Racionalização Pública
ICMS Subvencido- COF-RF 008306423-08/03/1978
Compensação DPEC 03/18

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL
216 0000000	0.72767589	160.02
		0.83
		10.76
		1.23
		-0.34

169 87

[illegible]

निम्नलिखित कथनों पर विचार करें:

Figure 1

~~CONFIDENTIAL~~

APR 10	216
MAY 10	240
JUN 10	348
JUL 10	230
AUG 10	243
SEP 10	396
OCT 10	341
NOV 10	362
DEC 10	234
JAN 11	203
FEB 11	207
MAR 11	230
APR 11	252

	BASIC CALCULO	%	WELSH DO IMPORTS
TCMS	152.00	25.00	24.25
PIB	137.00	7.12	1.25
CDFINR	152.00	8.32	8.00

Proveniente de	Fr	Fr	Fr
Francia	4,21	2,76%	
Gran Bretaña (Colo)	2,46	22,63%	
Países de Europa	10,22	6,95%	
Gran Bretaña	1,25	1,22%	
Francia	1,25	21,41%	
Países	11,02		

18 JUL 1964

60-271489-6J 2635 UC=0143 6957A 372

[illegible]

Comprovantes de despesas médicas



PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME

☐ BO em cópia simples

☒ Comprovante de despesas médicas em cópias

☐ Certidão de Óbito em cópia simples

☐ Laudo de IML em cópia Simples

Solicitar documento assinado conforme Guia de Regulação

Segundora Líder - DPVAT

FARMAZITA
 CNPJ: 08.334.851/0001-08 FARMA AUA COM
 PROD FARMACEUTICOS LTDA
 AV SAO FRANCISCO, 12 AREIA BRANCA
 PETROLINA - PE - IE: 0342810-68
 INSCRICAO AUXILIAR DA ROTA NEDH DE CONSUMIDOR CI 0342810-68

# Código Descrição Qtde Un Valor unit. Valor total	
001 72902 ADRIPTILINA 75 3 UTI X 12,50	37,50
Desconto	-0,0
Valor líquido	37,5
007 9761 NIOBAN 10MG CX 10 3 UTI X 16,35	49,05
Desconto	-1,3
Valor líquido	47,75
003 3507 CIMELEDE 100MG CX 1 2 UTI X 6,00	12,00
Desconto	-4,4
Valor líquido	7,60
QTD. TOTAL DE ITENS	00
VALOR TOTAL R\$	59,8
Descontos R\$	-4,9
VALOR A PAGAR R\$	55,0
FORMA DE PAGAMENTO	Valor Pag
Dinheiro	55,0

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.sicafaz.pe.gov.br/nfe-web/consultarNFe>
 2018 0808 3348 5103 0108 4500 2000 0000 0710 0000 51



CONTINUIDADE IDENTIFICAR
 NFE nº 0000000000 1494 002
 27/08/2018 11:41:27:19
 FANTOMAS: ARTHUR JESUS
 376180011428312
 Data de Autenticação: 22/08/2018 07:52

Pontos Gerados: Saida Pontes;
 Vendedor: KELLY
 Você economizou: R\$ 4,95
 Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/12): R\$ 7,3
 Cotas Saneamento (12) 25441



RECIBO

Recebi de Sr. Altino Benedito da Silva, CPF: 628.320.26400, residente no endereço: rua Lagoas nº55, Vila Eduardo, Petrolina/PE, o pagamento no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) referente consulta com neurologista realizada na Clinical Center.

Petrolina, 09 de novembro de 2017.

Lourdes Soares
Coordenadora de recepção

Clinical Center Imagem II
13.405.198/0002-16
Rua Tomé Cavalcante, 221- Areia-Branca
CEP: 56.330-055-Petrolina/PE

CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO E POR IMAGEM LTDA.

Rua Joaquim Nabuco, 798 - Centro

CNPJ: 12.657.631/0001-67

Fone: (87) 2101-3099

email: atendimento@cdipetrolina.com.br

RECIBO

Nº 31787

R\$ 850,00

Recebemos do(a) Sr. (a) **ALTINO BENEDITO DA SILVA**, a importância de **850,00**
(oitocentos e cinquenta reais) referente a:
RIM COLUNA CERVICAL.

Petrolina-PE, 4 de Junho de 2018


Larissa Costa

RG: 387

CDI

Recibo número: 404/2018

Valor: R\$ 440,00

Recebidos de: ALJINO DUNEDITO DA SILVA

CPF: 62832026400

A importância de: quatrocentos e quarenta reais.

Referente a: SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS.

Observação:

Para maior clareza, firmo(amos) o presente,
em 21 de julho de 2018



Emiteente: Clinical Center Imagem

CNPJ: 13405198000135

Rua Clemente Amorim, 27

1ª VIA

PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME	
☐	BO em cópia simples
☒	Comprovante de despesas médicas em cópias
☐	Certidão de Óbito em cópia simples
☐	Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinado conforme Guia de Regulação	
Seguradora Líder - DPVAT	

FARMAZITA

CNPJ: 08.334.951/0001-09 FARMA ANA COM
PROD FARMACEUTICOS LTDA
AV SAO FRANCISCO, 12 AREIA BRANCA
PETROLINA - PE I.E.: 0342810-00

DOCUMENTAÇÃO DA REDE NACIONAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICO
Código Descrição Qtd. Un Valor unit. Valor total

001 72902 AMITRIPTILINA 25 3 UN X 12,50 37,50
Desconto -0,8
Valor Líquido 36,7

002 9751 NIOSAN 10MG CX 10 1 UN X 16,35 16,35
Desconto -1,3
Valor Líquido 15,0

003 3507 CINELIDE 100MG CX 1 1 UN X 6,00 6,00
Desconto -0,4
Valor Líquido 5,6

QTD. TOTAL DE ITENS 00
VALOR TOTAL R\$ 59,8
Descontos R\$ -4,8

VALOR A PAGAR R\$ 55,0
FORMA DE PAGAMENTO
Dinheiro Valor Pag 55,0

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe>
2618 0808 3349 5100 0109 6500 2000 0000 0710 0000 51



CONSULTE NÃO IDENTIFICAI
NFC-e nº 000007507 3414 002
22/08/2018 05:37:15
Protocolo de Autenticação:
32513331459312
Data de Autenticação: 22/08/2018 05:37:15

Pontos Gerados: Saldo Pontos:

Vendedor: KELLY

Você economizou: R\$ 4,85

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/12): R\$ 7,3
Ganho Simples (27) 35001



RECIBO

Recebi de Sr. Altino Benedito da Silva, CPF: 628.320.26400, residente no endereço: rua Lagoas nº55, Vila Eduardo, Petrolina/PE, o pagamento no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) referente consulta com neurologista realizada na Clinical Center.

Petrolina, 09 de novembro de 2017.


Lourdes Soares
Coordenadora de recepção

Clinical Center Imagem II
13.405.198/0002-16
Rua Tomé Cavalcante, 221- Areia-Branca
CEP: 56.330-055-Petrolina/PE

CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO E POR IMAGEM LTDA.

Rua Joaquim Nabuco, 798 - Centro

CNPJ: 12.657.631/0001-67

Fone: (87) 2101-3099

email: atendimento@cdipetrolina.com.br

RECIBO

Nº 28358

R\$ 450,00

Recebemos do(a) Sr.(a) **ALTINO BENEDITO DA SILVA**, a importância de 450,00
(quatrocentos e cinquenta reais) referente a:
TC CERVICAL.

Petrolina-PE, 28 de Outubro de 2017

CDI

CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO E POR IMAGEM LTDA.

Rua Joaquim Nabuco, 798 - Centro

CNPJ: 12.657.631/0001-67

Fone: (87) 2101-3099

email: atendimento@cdipetroliina.com.br

RECIBO

Nº 31767

R\$ 850,00

Recebemos do(a) Sr.(a) ALTINO BENEDITO DA SILVA, a importância de 850,00
(oitocentos e cinquenta reais) referente a:
RM COLUNA CERVICAL.

Petroliina-PE, 14 de Junho de 2018

Carla Oliveira
RG: 381.700.508/PE

CDI

Recibo número: 404/2018

Valor: R\$ 440,00

Recebemos de: **ALTINO BENEDITO DA SILVA**

CPF: 62832026400

A importância de: quatrocentos e quarenta reais.

Referente a: **SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS.**

Observação:

Para maior clareza, firmo(amos) o presente,
em 21 de Julho de 2018



Emitente: Clinical Center Imagem

CNPJ: 13405198000135

Rua Clemente Amorim, 27

Via 1



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CLINICAL CENTER IMAGEM PETROLINA Ltda - CNPJ: 13.405.198/0002-16

Av. São Francisco, 221 - Areja Branca - Petrolina-PE

Tel.: 87 3983-2126 | 3863-4581 | 3864-2905

Paciente

RECEITUÁRIO

Altino Benedito R. da Silva

1) AMIDASTURINA R. 100mg
01 comprimido, 3x ao dia

2) MMECULONA 100mg
01 comprimido, 2x ao dia

3) MIDOL 100mg
01 comprimido, 2x ao dia

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome completo:	Altino Benedito da Silva
Ident:	4811944 Org. Emissor: SSPPE
End. completo:	Rua Lagoa, N° 55
Telefone:	(87) 98865-2339
Cidade:	UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data: ____/____/____	

AV. SÃO FRANCISCO, 221 - AREJA BRANCA - PETROLINA-PE - FONES: (87) 3983-2126 / 3864-2905 / 98814-1201
RUA JOSE CLEMENTE AMORIM, 27 - COHAB MASSANGANO - PETROLINA-PE - FONES: (87) 3863-4581 / 3031-8799 / 98855-9353

WWW.CLINICALCENTERPETROLINA.COM.BR

Nome: Eleonora de
Ami Tupuna
Apresentação: 25mg / 300mg
Laboratório: EMS
Lote 1: 014419 Qt.: 01
Lote 2: 018606 Qt.: 02
Lote 3: _____ Qt.: _____
MS 10235 0885-004-3

Kelly

10ADE SI ANOS



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CLINICAL CENTER IMAGEM PETROLINA Ltda - CNPJ: 13.405.198/0002-16

Av. São Francisco, 221 - Areia Branca - Petrolina-PE

Tel.: 87 3983-2126 | 3863-4581 | 3864-2905

Paciente

Oliver Genalberto S. Silva

① 4/10/2013
31/10/2013
31/10/2013

Empenho / Nota Fiscal
Montante em dinheiro
Debitar em Débito

Carimbo e Assinatura do Médico

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome completo: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____
End. completo: _____

Telefone: _____
Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

AV. SÃO FRANCISCO, 221 - AREIA BRANCA - PETROLINA-PE - FONES: (87) 3983-2126 / 3864-2905
RUA JOSÉ CLEMENTINO, 27 - COHAB MASSANGANO - PETROLINA-PE - FONES: (87) 3863-4581 / 3031-8799 / 9 8855-9353

HUNAF
EBSERH

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PE

RECEITUÁRIO

NOME:

Alfonso Benedito de Silva

UJO EXTERNO

Exame Externo - 03 mtd.
Fazer uso por 03 meses

Dr. Heverly Rocha
Médico - Residente Neurocirurgia
CREMEPE 21495

DATA: 08.08.19

260.00
REIARIS

HUNAF
EBSERH

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Manicoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PE

RECEITUÁRIO

NOME:

Dr. José de Sá Manicoba

uso oral

*Clonazepam 0,5mg - 02x
2 vezes ao dia - 0,5mg*

Dr. Helder Rocha
Médico - Residência Neurocirurgia
CREMEPE 21495

100,00
REIAES

DATA: 08/05/97

EBSERH

UNIVASF

UNIVASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
VALE DO SÃO FRANCISCO

AMBULATÓRIO - HE / UNIVASF
Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco
Dr. Washington Antônio Barros
Avenida José de Sá Menicoba, 500 - Centro - 56304-205 Petrolina - PE, RT 2401 - 6511/2104 6500

RECEITUÁRIO

NOME: Altino Benedito

R 21,

A - Meloxicam 15 } 30,
Ciclohexapirina 10 }
Paracetamol 25

Ip 9 o fante 10.
der.

35,00
REINHS

Dr. Antônio Aguiar R. Leite
Neurologia - CRM-PE 12.395

DATA: 18, 10, 17



Ezir Araújo Lima Junior M.D.

Neurocirurgião - Neurologista

CREMEPE - 9110 / CREMEB - 14906

Mestrado em Neurocirurgia pela UFPE

Membro da World Federation of Neurosurgical Societies

Membro da International Headache Societies

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

Membro Titular da Academia Brasileira de Neurocirurgia

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cefaleia

Membro da International AOSpine



*Pl. Dr. Olívio Soares de
Siqueira*

*D. S. 406 por 75 - 24
D. 1. 00 - 2
opção p. 4*

27,00 REAIS.

*"Porque estou certo de que, nem a morte, nem a vida, nem os
anjos, nem os principados, nem as potestades, nem o presente,
nem o porvir, nem a altura, nem a profundidade, nem alguma
outra criatura nos poderá separar do amor de Deus,
que está em Cristo Jesus nosso Senhor."*

Romanos 8.38-39

Edif. Centro Médico de Petrolina Hospital Neurológico Rua Tobias Barreto, s/n - Sala 501 Centro - Petrolina-PE Fone: (87) 3862-2335	POLICLÍNICA Rua Francisco Vital, 64 - Centro Senhor do Bonfim-BA Fone: (74) 3541-4304 / 3541-4226	CDE - BONFIM Rua Padre Severo, 01 - Centro Senhor do Bonfim-BA Fone: (74) 3541-4417	MULTIFISIO Av. Raul Alves de Souza Centro, Santo Antônio - BA Fone: (74) 98114-6318 99190-3161
NOVACLIN Rua 13 de Maio, s/n - Andorinha-BA (atrás do Colégio Noêmia Vitor) novaclin1@hotmail.com Fone: (74) 99160-9688	CLÍNICA CASTRO Rua Fortaleza, nº 231 - Centro Andorinha-BA Fone: (74) 99188-9083	E-mail: ezirjr@uol.com.br	



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PE

RECEITUÁRIO

NOME:

Alfonso Benedito de Silva

USO EXTERNO

+ Colar Cervical Miami - 03 unid.

Fazer uso por 03 meses

Dr. Heverly Rocha
Médico - Residente Neurocirurgia
CREMEPE 21496

DATA: 08.08.17

HUNAF
EBSERH

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PE

RECEITUÁRIO

NOME:

Adriano Brindley de Silva

uso oral

Clonazepam 100 mg - 02 cv
2 vezes ao dia - 8/8h.

Dr. Heverly Rocha
Médico - Residência Neurocirurgia
CRM/PE 24495

DATA: 08/02/13



Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: Av. José de Sá Maniçoba, S/N

Cidade: Petrolina

CNPJ: 05.440.725/0002-03

Telefone: (87) 2101-6500

Ficha de Atendimento - Emergência

notif. ETT + ACT

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51000214

Paciente: ALTINO BENEDITO DA SILVA

Mãe: MARIA IZABEL DA SILVA

Endereço: LAGDAS, nº 55 - VILA EDUARDO / PETROLINA (PE)

CNS: 704802014885346

Doc. Identificação:

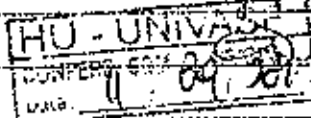
Nasc.: 28.04/1967

Idade: 50

Telefone: (87) 968352739

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente deu entrada no serviço, vítima de
colisão moto/corpo há cerca de 1h, em
rua, sozinho e orientado. Queixa de
dor cervical e dor cervical. Não apresenta
alterações de consciência. Não perde de
consciência e parietais com membros. Pupila
isocóricas e fotoreagentes. Torax / Abdominal
HD: Tr. cervical? TCE? Fracturas



- Dipirona 200mg EV assa
- Voltaren 75mg 01 Amp IM assa
- Rx de coluna cervical 2 posições
- curativos

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVAST-LEBSERH
STAGE: 219.2962

DE: ORTODONTIA

Paciente chegou ao Pronto-Socorro com queixa de dor cervical e dor cervical. Não apresenta alterações de consciência. Não perde de consciência e parietais com membros. Pupila isocóricas e fotoreagentes. Torax / Abdominal HD: Tr. cervical? TCE? Fracturas

Dr. José Monteiro / Ortopedia / Traumatologia

Dr. José Monteiro / Ortopedia / Traumatologia

Dr. José Monteiro / Ortopedia / Traumatologia

Dr. José Monteiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 21176 / B-52225
T80T 15029

Ass. Paciente:

Saida: Hora:

Data de Impressão: 18/08/2017

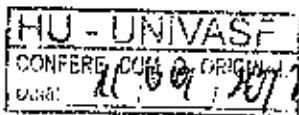
Hora: 07:29

HU preserva p. ele também é seu.

NCR - 18.08.17 - 09:40h

Paciente vítima de acidente,
colisão moto x carro, admitido com
afilias e cervicalgia. Nega síncope ou
vômitos.

GSC 15, incoômodo, sem déficits.
Dor e palpção de coluna cervical.



Cd = Agudo TC Craneo
e coluna cervical

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF/EBSEH
SIAPE: 219.2962

Stamp: 18/08/17, 13:46

Enfermagem: TC crânio (semelhante a trauma de queda) - Indicar de acordo com o protocolo de C.C.
Cd. 011 para acompanhamento ambulatorial
⑤ receção e/ou encaminhamento
• caso necessário com Dr. Alexandre
Dr. Heverly Rocha
Médico Residente Neurologia
CREMEPE 21496

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO



PACIENTE: <i>[Assinatura]</i> <i>Benedito de Jesus</i>		CARTÃO SUS: []	
MÃE: _____		RG: _____	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
ENDEREÇO: _____		FONE: _____	
BAIRRO: _____	MUNICÍPIO: _____	OCUPAÇÃO: _____	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>transfere de processo copiado de C6</i>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>do Distribuição de NCR</i>		CÓDIGO: []	
PROFISSIONAL SOLICITANTE: <i>Dr. Maxwell Rocha</i> <i>Médico Residente Neurocirurgia</i>		DATA: <i>18, 08, 17,</i>	AUTORIZAÇÃO: _____
UNIDADE SOLICITANTE: <i>UNIVAP - UNIDADE 21455</i>		UNIDADE PRESTADORA: _____	
DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DO(S) EXAME(S): DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____:____		_____	
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR: _____		ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL: _____ (CASO NÃO ASSINE, APLICAR O POLEGAR DIREITO AQUI)	



HOSPITAL DE URGÊNCIAS
E TRAUMAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE



ATESTADO



DECLARAÇÃO

NOME:

Alcino Dantas de Jesus

IDADE:

UNIDADE DE SAÚDE:



ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE 30/03/19 A 01/04/19
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO, FICANDO IMPOSSIBILITADO
DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.

por conta de uma lesão de suas atividades habituais por 20 dias.



COMPARECEU AO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA
NECESSITANDO DE _____ DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

RECEBUE

COMPARECEU AO AMBULATÓRIO NESTA DATA HORARIO _____
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS

COMPARECEU AO AMBULATÓRIO ACOMPANHANDO O PACIENTE.
NO DIA _____

DATA:

18.03.19

Dr. Heverty Roch.
PROFISSIONAL EM EXERCÍCIO
(ASSINAR E CARIMBO)
CRM 12345

UPA24h

FISIOTERAPIA

63284

PCT: Altino Benedito da Silva

HORÁRIO: Tarde (TER LAUS)

FISIO: Carla Barroso

13:00 - 15:30h 10 sessões

DATA	VALIDAÇÃO
02.08	
07.08	
09.08	
14.08	
16.08	
21.08	
23.08	
30.08	
18.09	
25.09	