



Número: **0000222-14.2018.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Bom Jardim**

Última distribuição : **11/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO (AUTOR)		EUEDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59226810	13/03/2020 13:24	2703001_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOM JARDIM/PE

Processo: 00002221420188173000

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **21/08/2016**, restando permanentemente inválida.

Com base no próprio laudo pericial acostado, verifica-se que a pagamento realizado na esfera administrativa encontra-se acordo com percentual indenizável para as lesões suportadas.

Utilizando-se adequação legal do estipulado na avaliação médica juntada pelo autor, verifica-se que o percentual indenizável é de: **75% (grau intenso) de Perda anatômica e/ou funcional completa de uma das mãos**, de acordo com a tabela anexa da Lei 11.945/09.

Assim, a aludida lesão corresponde exatamente ao valor pago administrativamente de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), portanto, não havendo de se falar em qualquer complementação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 7,087.50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 7,087.50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 7,087.50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a parte ser submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, realizou-se o referido pagamento.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 7,087.50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.



Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO LAUDO PERICIAL

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme se depreende dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **21/08/2016**.

Ademais, em sede administrativa a vítima foi submetida a avaliação médica realizada por dois profissionais especializados, sendo um na figura de revisor, e, após detida avaliação **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 7,087.50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** de acordo com o grau das lesões apresentadas à época do referido exame.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ³.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta, que é exatamente o caso dos autos, conforme faz prova o documento à fl., apresentado pelo autor.

Verifica-se que no exame pericial o ilustre perito apura a presença de duas lesões, na mão esquerda e no punho esquerdo, todavia, de acordo com o boletim de atendimento médico apresentado aos autos pela parte autora, a mesma sofreu apenas lesão na mão esquerda:

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais	Valor da Indenização
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	das Perdas	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70	R\$ 9.450,00

2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e seqüela residual – 10%.

Repercussão	Valor da Indenização
75% (grau intenso)	R\$ 7.087,50

Assim, corroborado pela documentação apresentada nos autos, em especial laudo de fls., evidente inexistir qualquer direito de indenização à complementação, vez que respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez quando do pagamento administrativo.

Portanto, sendo abatido o valor pago na esfera administrativa, no valor de R\$ 7,087.50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), comparado ao percentual indenizável verificado no laudo constante nos autos, verifica-se que não há qualquer saldo a ser quitado a título de indenização por invalidez permanente.

Logo, mediante simples operação aritmética, verificamos que o valor máximo cabível à lesão suportada pela parte Autora, fora integralmente quitado em âmbito administrativo.

Sendo assim, não há outra hipótese senão a Improcedência dos pedidos, com a extinção do feito com resolução do mérito, nos termos do art. 487, I, CPC, haja vista o pagamento integral, em consonância com a lesão suportada pela parte Autora.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOM JARDIM, 5 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BOM JARDIM**, nos autos do Processo nº 00002221420188173000.

Rio de Janeiro, 5 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0000222-14.2018.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Bom Jardim**

Última distribuição : **11/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO (AUTOR)		EUEDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59226817	13/03/2020 13:24	ANEXO 1	Outros (Documento)

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DOCUMENTO 4 74%



LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sra. MAYARA KELLY DA SILVA NASCIMENTO foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/08/2016 sofrendo FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL À ESQUERDA, FRATURA FECHADA DO 3 METACARPO À ESQUERDA, LUXAÇÃO DE F3 DO 3 QUIRODACTILO ESQUERDO E LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA DO 4 RÁDIO DA MÃO ESQUERDA, submetida a tratamento cirúrgico em outro serviço (redução cirúrgica e fixação com fios de kirschner). Ao exame físico apresenta deformidade óssea no dorso da mão esquerda (luxação carpo-metacarpiana do 4 raio da mão esquerda), limitação grave da articulação metacarpo-falangiana e interfalangiana distal do 3 quirodactilo esquerdo, atrofia muscular da mão esquerda com deficit da força de preensão da mão esquerda. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 29/12/2016

Roberto de Castro Costa

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

Dr. Roberto C. Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11.730 1901-1934

SEMPRE LÍDER EM 3 E 21-08-2017 18:46:09 729 1/1





Prefeitura Municipal
de Machados



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 21/08/2016 HORA: 00:10H REGISTRO: _____

NOME: Mayara Kelly da Silva Yousseimeto

SEXO: F IDADE: 15A ESTADO CIVIL: Solt. DATA NASC.: 04/03/2001

ENDEREÇO: R. Antônio Emílio - Machados - PE

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Taciely Teima (Mãe)

QUEIXAS:

Paciente sofreu ac- de moto (sic)
apresentando ferimentos no corpo contusões
no Joelho E, pé Esq. e perna esq.
apresentando MID.

Trauma mão esq. com edema e dor.
cabos com amputação.

Abdomem - dor abdominal moderada

AZ - Refrataria Rins.

consciente, orientada, pulso cheio

PA = 110 x 80

H E U

4985729

Cartório Único - Rua José Nilo - em Machados - PE
Autêntico a presente cópia reprográfica conforme a
original a mim apresentada, do que dou fé.
Machados, 21/03/2016 em duas vias da verdade.
Cada: AS 1, 12 - TACIELY TEIMA DA SILVA
(substituto) Taciely

Validado eletronicamente com o código 0076760.04603201601.00104
Consulte o site: www.tjpe.jus.br/xvalidar

☐ () OBSERVAÇÃO ☐ () ÓBITO ☐ () ALTA

☒ () PROCEDIMENTO

MÉDICO

RECEPCIONISTA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas				SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Mayana Kelly da Silva</u>				02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:				CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1027031</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:		PESO:	ALTURA:	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura fechada de rádio distal E @ Fratura fechada 3MTCE @</u>					
COMORBIDADE: <u>Luxação de F3 QOE</u>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO:					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>21/08/16</u>		DATA DA ALTA: <u>06/09/16</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CARRIMBO/REVISÃO/FATURAMENTO		
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA	
1	QUIRURGIÃO	<u>Dra. Sandra</u>			
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO				
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> USO DE ORTESE E PRÓTESE			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE			
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/>			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)					
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>Paciente submetida a procedimento cirúrgico em 01/09/16.</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS EOB ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Retorno ao ambulatório de Dra. Sandra em 01 semana ATB @ Analgesia.</u>					
MOTIVO DA ALTA:		CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>		OUTROS <input type="checkbox"/>	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:		ORTO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO: <input type="checkbox"/>			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.					
06/09/16 DATA				<u>Bruno Monteiro</u> (Assinatura) (Carimbo) MÉDICO RESPONSÁVEL AMBULATÓRIO/CLÍNICA	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - 21-08-2017 18:47:09 99761 1/1

3V.1010.V.1.2013

CONSULTA	0301010170	RAIO X	
GLOBULINA	0202080209	ANTERRAGO	0204040019
AC. URICO	0202040124	ABDOMEN SIMPLES AP	0204060138
ALBUMINA	0202010827	ABDOMEN AP+LATERAL	0204060111
		BACIA	0204060098
BILIRRUBINA	0202010201	BRACO	0204040081
CALCIO	0202010210	COTOVELO	0204040078
CLOROYO	0202010280	CALCANEO	0204060109
COLESTEROL	0202010288	COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317	CRANIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202040050	CRANIO PA+LAT+OBLI	0204010071
DESDROGENASE	0202010388	COXA	0204060117
GAMA	0202010485	COLTORACO LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010732	CLAVICULA	0204040080
GLICOSE	0202010473	FACE	0204010144
HEMOGLOBINA	0202080183	FEMUR	0204060060
HEMOGRAMA	0202020380	JOELHO	0204060133
HEMOGLOBINA	0202020304	JOELHO AP+LATERAL	0204060128
LEUCOGRAMA	0202020398	MAO	0204040058
LGR	0202090600	OMBRO	0204040118
POSFORO	0202010430	PE	0204060180
POSFALCALINA	0202010432	TORAX AP	0204030170
MAGNESIO	0202010482	TORAX AP E PERFIL	0204030183
MILOGRAMA	0202090191	PUNHO	0204040124
MUCOPROTEINA	0202010670	PERNA	0204060168
PARASITOLOGICO	0202040127	MANDIBULA	0204010025
PCR	0202030202	ULTRASSONOGRAFIA	
PROT.TOTAIS	0202010618	ABDOMEN SUPERIOR	0206020038
PESQUISA BK	0202060072	ABDOMEN TOTAL	0206020048
POTASSIO	0202010600	TORAX	0206020138
SODIO	0202010635	PELVICA	0206020180
TSTC	0202020486	TRANSVAGINAL	0206020188
TEMP SANG.	0202020100	BOLSA ESCROTAL TIREOIDE	0206020070
TEMPO COAG.	0202020070	TIREOIDE	0206020137
TRIGLICERIDEOS	0202010678	MAMA	0206020087
TGO	0202010643	PROSTATA	0206020118
TGP	0202010651	VIA URINARIA	0206020034
TPAE	0202020487	TOMOGRFIA	
UREIA	0202010894	COLUNA CERVICAL	0206010010
VDRL	0202031110	COLUNA LOMBO - SACRA	0206010028
		COLUNA TORACICA	0206010038
CONC. HEMACIA	0306020068	FACE	0206010044
CONC. PLASMA	0306020188	PRESCOÇO	0206010062
CONC. PLAQUETA	0306020078	SELA TURCA	0206010060
PRE TRANSF. I	0212010018	CRANIO	0206010079
PRE TRANSF. II	0212010034	COMPUTADORIZADA	0206010087
		MEMBROS SUPERIORES	0206020018
NEBULIZACAO	0301100101	SEG APENDICULARES	0206020023
HISTOPATOLOGICO	0203020030	TORAX	0206020031
ECG	0211020038	ABDOMEN SUPERIOR	0206030010
EDA	0209010087	MEMBROS INFERIORES	0206030020
FUNCAO	0401040018	PELVETACIA	0206030037
TRAÇAO	0408060038	FISIOT. RESP.	0402040021
		FISIOT. MOTORA	0306020030
		CURATIVO	0401010018



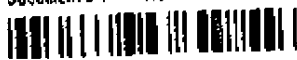
CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DOCUMENTO 4 74%



LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sra. MAYARA KELLY DA SILVA NASCIMENTO foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/08/2016 sofrendo FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL À ESQUERDA, FRATURA FECHADA DO 3 METACARPO À ESQUERDA, LUXAÇÃO DE F3 DO 3 QUIRODACTILO ESQUERDO E LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA DO 4 RÁDIO DA MÃO ESQUERDA, submetida a tratamento cirúrgico em outro serviço (redução cirúrgica e fixação com fios de kirschner). Ao exame físico apresenta deformidade óssea no dorso da mão esquerda (luxação carpo-metacarpiana do 4 raio da mão esquerda), limitação grave da articulação metacarpo-falangiana e interfalangiana distal do 3 quirodactilo esquerdo, atrofia muscular da mão esquerda com deficit da força de preensão da mão esquerda. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 29/12/2016

Roberto de Castro Costa

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

Dr. Roberto C. Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11.730 1901-1934

SEMPRE LIGUE 311 21-400-2017 18-46 0987200 1/1





Prefeitura Municipal
de Machados



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 21/08/2016 HORA: 00:10H REGISTRO: _____

NOME: Mayara Kelly da Silva Yousseimont

SEXO: F IDADE: 15A ESTADO CIVIL: Solt. DATA NASC.: 04/03/2001

ENDEREÇO: R. Antônio Emílio - Machados - PE

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Taciely Teima (Mãe)

QUEIXAS:

Paciente sofreu ac- de moto (sic),
apresentando ferimentos no corpo contusões
no Joelho E, pé Esq. e perna esq.
apresentando MID.

Trauma mão esq. com edema edor.
cabec com amareladas.

Abdomem - dorresse no lado

AZ - Refrataria Rins.

concente, avermelhada, pulso cheio

PA = 110 x 80

H E U

4985729

Cartório Único - Rua José Nilo - em Machados - PE
Autêntico a presente cópia reprográfica conforme a
original a mim apresentada, do que dou fé.
Machados, 21/03/2016 em duas
Cópias: AS 1, 12 - TACIELY ADRIANO DA SILVA
(substituto) 85.000

Validado eletronicamente com o código 0076760.04603201601.00104
Consulte o site: www.tjpe.jus.br/xvalidar

☐ () OBSERVAÇÃO ☐ () ÓBITO ☐ () ALTA

☒ () PROCEDIMENTO

MÉDICO

RECEPCIONISTA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas				SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Mayana Kelly da Silva</u>				02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:				CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1027031</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:		PESO:	ALTURA:	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura fechada de rádio distal E @ Fratura fechada 3MTCE @</u>					
COMORBIDADE: <u>Luxação de F3 QOE</u>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO:					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>21/08/16</u>		DATA DA ALTA: <u>06/09/16</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CARRIMBO/REVISOR/FATURAMENTO		
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA	
1	QUIRURGIÃO	<u>Dra. Sandra</u>			
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO				
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> USO DE ORTESE E PRÓTESE			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE			
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/>			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)					
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>Paciente submetida a procedimento cirúrgico em 01/09/16.</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS EOB ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Retorno ao ambulatório de Dra. Sandra em 01 semana ATB @ Analgesia.</u>					
MOTIVO DA ALTA:		CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>		OUTROS <input type="checkbox"/>	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:		ORTO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO: <input type="checkbox"/>			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.					
				<u>Bruno Monteiro</u> (Assinatura) (Carimbo) (Assinatura)	
DATA: <u>06/09/16</u>					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - 21-08-2017 18:47:09 99761 1/1

3V.1010.V.1.2013

CONSULTA	0301010170		RAIO X	
GLOBULINA	0202080209		ANTERRAGO	0204040019
AC. URICO	0202040124		ABDOMEN SIMPLES AP	0204060128
ALBUMINA	0202010827		ABDOMEN AP+LATERAL	0204080111
			BACIA	0204080098
BILIRRUBINA	0202010201		BRACO	0204040081
CALCIO	0202010210		COTOVELO	0204040078
CLOROYO	0202010280		CALCANEO	0204080109
COLESTEROL	0202010288		COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRANIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202080050		CRANIO PA+LAT+OBL	0204010071
DESIDROGENASE	0202010388		COXA	0204080117
GAMA	0202010485		COLTORACO-LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010732		CLAVICULA	0204040080
GLICOSE	0202010473		FACE	0204010144
HEMOGLOBINA	0202080183		FEMUR	0204080060
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO	0204080133
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL	0204080128
LEUCOGRAMA	0202020398		MAO	0204040058
LGR	0202080600		OMBRO	0204040118
POSFORO	0202010430		PE	0204080180
POSFALCALINA	0202010432		TORAX AP	0204030170
MAGNESIO	0202010482		TORAX AP E PERFIL	0204030183
MIELOGRAMA	0202090191		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEINA	0202010670		PERNA	0204080168
PARASITOLOGICO	0202040127		MANDIBULA	0204010025
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA	
PROT.TOTAIS	0202010618		ABDOMEN SUPERIOR	0205020038
PROUNSA BK	0202080072		ABDOMEN TOTAL	0205020048
POTASSIO	0202010800		TORAX	0205020138
SODIO	0202010635		PELVICA	0205020180
TSTC	0202020486		TRANSVAGINAL	0205020188
TEMP.BANG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREOIDE	0205020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREOIDE	0205020137
TRIGLICERIDEOS	0202010678		MAMA	0205020087
TGO	0202010643		PROSTATA	0205020118
TGP	0202010651		VIA URINARIA	0205020034
TPAE	0202020487		TOMOGRAMIA	
UREIA	0202010894		COLUNA CERVICAL	0204010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SACRA	0204010028
			COLUNA TORACICA	0204010038
CONC. HEMACIA	0306020068		FACE	0204010044
CONC. PLASMA	0306020188		PRESCOÇO	0204010062
CONC. PLAQUETA	0306020078		SELA TORACA	0204010060
PRE TRANSF. I	0212010018		CRANIO	0204010079
PRE TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0204010087
			MEMBROS SUPERIORES	0204020018
NEBULIZACAO	0301100101		SEG.APENDICULARES	0204020023
HISTOPATOLOGICO	0203020030		TORAX	0204020031
ECG	0211020038		ABDOMEN SUPERIOR	0204030010
EDA	0204010087		MEMBROS INFERIORES	0204030020
FUNCAO	0401040018		PELVETACIA	0204030037
TRAÇAO	0408060038		FISIOT. RESP.	0402040021
			FISIOT. MOTORA	0306020030
			CURATIVO	0401010018



COL

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

00000000000000000000000000000000

Dr. Roberto C. Costa
Osteopatia e Transpersonalidade
CDD 195 2170 1901-1904

555-883-0000 LITZ DREAM 3 2 21-444-2817 18:46 898250 14



Secretaria de Saúde do Estado da Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas				SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Mayana Kelly da Silva</u>				02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:				CARTÃO SUS	
CÔNICA	ENFERMARIA	LEITO	Nº DO REGISTRO: <u>1027031</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura fechada de rádio distal E @ Fratura fechada 3MTCF @</u>					
COMORBIDADE: <u>Luxação de F3 60E</u>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO:					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>21, 08, 16</u>		DATA DA ALTA: <u>06, 09, 16</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:		CARGO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA	
1	QUIRÚRGICO	<u>Dra. Sandra</u>			
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO				
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO </div> <div> PROCEDIMENTOS ESPECIAIS <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO </div> <div> <input type="checkbox"/> USO DE ORTESE E PRÓTESE <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE </div> </div>					
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>Paciente submetida a procedimento cirúrgico em 01/09/16.</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E OS ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Retorno ao ambulatório de Dra. Sandra em 03 semana. ATB @ Analgesia.</u>					
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA		OUTRO: <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> DO:			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.					
06, 09, 16 DATA		<u>Bruno Monteiro</u> Médico Responsável Assinatura: _____			

025000011002 00001 3 4 21-08-2017 09:47 6198751 14

10001014V.1.2015

 Avenida General Bento Monteiro - Cordeiro
 Recife/PE - CEP 51.030-003
 Fone: 0800 81 01462005

CONSULTA	0301010170				RAIO X
GLOBULINA	0202000209				ANTEBRACO
AC. URICO	0202000124				ABDOMEN SIMPLES AP
ALBUMINA	0202010027				ABDOMEN AP+LATERAL
					BACIA
BILIRRUBINA	0202010201				BRACO
CALCIO	0202010210				COTOVELO
CLORETO	0202010250				CALCANEO
COLESTEROL	0202010288				COLUNA CERVICAL
CREATININA	0202010317				CRANIO PA+LATERAL
CULTURA GERAL	0202000080				CRANIO PA+LAT+OBL
DEIDROGENASE	0202010368				COXA
GAMA	0202010455				COLTORACO LOMBAR
GASOMETRIA	0202010732				CLAVICULA
GLICOSE	0202010473				FACE
HEMOCULTURA	0202000103				PELUR
HEMOGRAMA	0202020380				JOELHO
HEMOGLOBINA	0202020304				JOELHO AP+LATERAL
LEUCOGRAMA	0202000188				MAO
LCR	0202000090				ONIBRO
POSFORO	0202010430				PE
POSFALCALINA	0202010422				TORAX AP
MAGNESIO	0202010082				TORAX AP E PERFIL
MIFEOGRAMA	0202000181				PUNHO
MUCOPROTEINA	0202010070				PERNA
PARABITOLIGICO	0202000127				MANDIBULA
PCR	0202030022				ULTRASSONOGRAFIA
PROT.TOTALS	0202010010				ABDOMEN SUPERIOR
PERCUTIDA BK	0202000072				ABDOMEN TOTAL
POTASSIO	0202010000				TORAX
SODIO	0202010035				PELVICA
TSTC	0202020488				TRANSVAGINAL
TEMP GARG.	0202020100				BOLSA ESCROTAL TIREOIDE
TEMP COAG.	0202020070				TIREOIDE
TRIGLICERIDES	0202010075				MAMA
TGO	0202010043				PROSTATA
TGP	0202010051				VIA URMARIA
TPAE	0202020487				TOMOGRRAFIA
UREIA	0202010094				COLUNA CERVICAL
VDRL	0202030110				COLUNA LOMBO - SACRA
					COLUNA TORACICA
CONC. HEMACIA	0306020088				FACE
CONC. PLASMA	0306020108				PRESCOÇO
CONC. PLACQUETA	0306020078				SELA TURCA
PRE TRANSF. I	0212010020				CRANIO
PRE TRANSF. II	0212010084				COMPUTADORIZADA
					MEMBROS SUPERIORES
NEBULIZAÇÃO	0301100101				SEQ. APENDICULARES
HISTOPATOLOGICO	0203020030				TORAX
ECG	0211020038				ABDOMEN SUPERIOR
EDA	0209010037				MEMBROS INFERIORES
FUNÇÃO	0401040019				PELVETACIA
TRAÇÃO	0400000098				FISIOT. RESP.
					FISIOT. MOTORA
					CURATIVO



CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Documentação médico - hospitalar



LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sra. MAYARA KELLY DA SILVA NASCIMENTO foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/08/2016 sofrendo FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL À ESQUERDA, FRATURA FECHADA DO 3 METACARPO À ESQUERDA, LUXAÇÃO DE F3 DO 3 QUIRODACTILO ESQUERDO E LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA DO 4 RÁDIO DA MÃO ESQUERDA, submetida a tratamento cirúrgico em outro serviço (redução cirúrgica e fixação com fios de kirschner). Ao exame físico apresenta deformidade óssea no dorso da mão esquerda (luxação carpo-metacarpiana do 4 raio da mão esquerda), limitação grave da articulação metacarpo-falangiana e interfalangiana distal do 3 quirodactilo esquerdo, atrofia muscular da mão esquerda com déficit da força de preensão da mão esquerda. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 29/12/2016

Roberto de Castro Costa

Dr. Roberto C. Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11.730 1507-7104

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

SEROPRO LINE GRAT 1 e 21-10-2017 18:46:090750 1/1



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba HOSPITAL Getúlio Vargas				SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Mayana Kelly da Silva</u>				02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:				CARTÃO SUS	
CÓDIGO	ENFERMARIA	LEITO	Nº DO REGISTRO: <u>1027031</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura fechada de rádio distal E @ Fratura fechada 3MTCE @</u>					
COMORBIDADE: <u>Luxação de F3 60E</u>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO:					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>21, 08, 16</u>		DATA DA ALTA: <u>06, 09, 16</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CIE:		CARGO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA	
1	QUIRÚRGICO	<u>Dra. Sandra</u>			
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO				
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO </div> <div> PROCEDIMENTOS ESPECIAIS <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO </div> <div> <input type="checkbox"/> USO DE ORTESE E PRÓTESE <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE </div> </div>					
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>Paciente submetida a procedimento cirúrgico em 01/09/16.</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E OS ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Retorno ao ambulatório de Dra. Sandra em 03 semana. ATB @ Analgesia.</u>					
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA		OUTRO: <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> DO:			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.					
06, 09, 16 DATA		<u>Bruno Monteiro</u> Médico Responsável Assinatura: _____			

323.000.01.002.0001 3.4 21-08-2017 09:47 6198751.14

 06, 09, 16
DATA

 Avenida General Burt Maciel s/n - Cordeiro
 Recife/PE - CEP 51.030-003
 Fone: 0800 81 0146/0800

100.10146.1.2013

CONSULTA	0301010170				RAIO X
GLOBULINA	0202000209				ANTEBRACO
AC. URICO	0202000128				ABDOMEN SIMPLES AP
ALBUMINA	0202010027				ABDOMEN AP+LATERAL
					BACIA
BILIRRUBINA	0202010201				BRACO
CALCIO	0202010210				COTOVELO
CLORETO	0202010250				CALCANEO
COLESTEROL	0202010288				COLUNA CERVICAL
CREATININA	0202010317				CRANIO PA+LATERAL
CULTURA GERAL	0202000080				CRANIO PA+LAT+OBLI
DEIDROGENASE	0202010368				COXA
GAMA	0202010468				COLTORACO LOMBAR
GASOMETRIA	0202010732				CLAVICULA
GLICOSE	0202010473				FACE
HEMOCULTURA	0202000103				PELUR
HEMOGRAMA	0202020380				JOELHO
HEMOGLOBINA	0202020304				JOELHO AP+LATERAL
LEUCOGRAMA	0202000188				MAO
LCR	0202000090				ONIBRO
POSFORO	0202010430				PE
POSFALCALINA	0202010422				TORAX AP
MAGNESIO	0202010087				TORAX AP E PERFIL
MIFLOGRAMA	0202000181				PUNHO
MUCOPROTEINA	0202010070				PERNA
PARABITOLIGICO	0202000127				MANDIBULA
PCR	0202030302				ULTRASSONOGRAFIA
PROT.TOTALS	0202010010				ABDOMEN SUPERIOR
PERCUTIDA BK	0202000072				ABDOMEN TOTAL
POTASSIO	0202010000				TORAX
SODIO	0202010038				PELVICA
TSTC	0202020488				TRANSVAGINAL
TEMP GARG.	0202020100				BOLSA ESCROTAL TIREOIDE
TEMP COAG.	0202020070				TIREOIDE
TRIGLICERIDES	0202010078				MAMA
TGO	0202010043				PROSTATA
TGP	0202010051				VIA URMARIA
TPAE	0202020487				TOMOGRFIA
UREIA	0202010094				COLUNA CERVICAL
VDRL	0202030110				COLUNA LOMBO - SACRA
					COLUNA TORACICA
CONC. HEMACIA	0306020088				FACE
CONC. PLASMA	0306020108				PESCOÇO
CONC. PLAQUETA	0306020078				SELA TURCA
PRE TRANSF. I	0212010020				CRANIO
PRE TRANSF. II	0212010084				COMPUTADORIZADA
					MEMBROS SUPERIORES
NEBULIZAÇÃO	0301100101				SEQ. APENDICULARES
HISTOPATOLOGICO	0203020030				TORAX
ECG	0211020038				ABDOMEN SUPERIOR
EDA	0209010037				MEMBROS INFERIORES
FUNÇÃO	0401040019				PELVETACIA
TRAÇÃO	0400000098				FISIOT. RESP.
					FISIOT. MOTORA
					CURATIVO



[illegible]



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Mayara Ray Silva

IDADE:

Nascimento

SEXO:

F

M

UNDO

PALENTE VITIMA DE ACIDENTE
MOTORISTAS HA 1 ANO E
REMITIDA OSNOSJENREU COM
FIO E HA 7.012.1 FOI RETIRADO
MATERIAL DE SUTURA EM 3º ANO
VEM COM RIGIDIDADE DE 3º ANO E
INJUNTA FISIOTERAPIA.

CD- 562.3

Dr. Danilo S. Faria Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 19574 / TECT 15.11.11


05-09-17


Avenida General San Martin s/n - Candeia
Recife/PE - CEP 50.620-060
Fone: (0XX)81.3. 845800

HQV 1002 V 1 2013.

SECRETARIA INTER. Nº 17.1.24/10/2017 11:29 - 038023027





 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		RECEITUÁRIO	
NOME COMPLETO: <u>Mayara Ray Silva</u>			
IDADE: <u>Nascimento</u>		SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<p style="text-align: center;"><u>UNDO</u></p> <p> Paciente vítima de acidente automobilístico há pouco e com fraturas múltiplas com fio K. Há fratura da 3ª vértebra lombar de nível L3-4 com fratura completa. </p> <p style="text-align: center;">CID - S62.3</p>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div> Dr. Danilo S. F. de A. Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 19574 / TETO 15.11.14 </div> <div> 05-09-14 </div> </div>			

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - 03/03/2020

HQV 1002 V 3 2013.

Avenida General San Martin s/n - Candeia
 Recife/PE - CEP 50.630-060
 Fone: (0800) 3. 845800



Receita Federal

DOCUMENTO 5 "T54"



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 140.481.434-50

Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Data de Nascimento: 04/03/2001

Comprovante emitido às 11:20:15 do dia
26/10/2016 (hora e data de Brasília).

Código de Controle do Comprovante:
76DB.A64E.AC4E.8031

Dígito Verificador: 00

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:
<http://www.receita.fazenda.gov.br>

(Modelo aprovado pela IN RFB Nº 1.042,
de 10 de junho de 2010)

Emitido por: Banco do Brasil S.A.

SESSÃO LITE 14 21-08-2017 10:47 098756 1/1



Receita Federal

DOCUMENTO 5 "T54"



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 140.481.434-50

Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Data de Nascimento: 04/03/2001

Comprovante emitido às 11:20:15 do dia
26/10/2016 (hora e data de Brasília).

Código de Controle do Comprovante:
76DB.A64E.AC4E.8031

Dígito Verificador: 00

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:
<http://www.receita.fazenda.gov.br>

(Modelo aprovado pela IN RFB Nº 1.042,
de 10 de junho de 2010)

Emitido por: Banco do Brasil S.A.

SESSÃO LIXA Nº 14 21-08-2017 10:47 098756 1/1



Receita Federal



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 140.481.434-50

Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Data de Nascimento: 04/03/2001

Comprovante emitido às 11:20:15 do dia
26/10/2016 (hora e data de Brasília).

Código de Controle do Comprovante:
76DB.A64E.AC4E.8031

Digito Verificador: 90

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:
<http://www.receita.fazenda.gov.br>

(Modelo aprovado pela IN RFB Nº 1.042,
de 10 de junho de 2010)

Emitido por: Banco do Brasil S.A.

SELO DE LIBER. DESP. 3.6 24-10-2017 18:42 093756 1/1



Receita Federal



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 140.481.434-50

Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Data de Nascimento: 04/03/2001

Comprovante emitido às 11:20:15 do dia
26/10/2016 (hora e data de Brasília).

Código de Controle do Comprovante:
76DB.A64E.AC4E.8031

Digito Verificador: 90

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:
<http://www.receita.fazenda.gov.br>

(Modelo aprovado pela IN RFB Nº 1.042,
de 10 de junho de 2010)

Emitido por: Banco do Brasil S.A.

SELO DE LIBERDAÇÃO 3.6 24-10-2017 18:42 093756 1/1



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICAÇÃO
NOME: **Maria do Carmo da Silva.**
FILIAÇÃO: **Antonio Félix da Silva.
Severina Maria da Conceição.**
NASCIMENTO: **Limoeiro-PR. 04/10/1971**
DOC. ORDEM C. Nasc. 8079 fls. 208 vs liv. 11
Cart. de Machados-PR
Assinatura: *Maria do Carmo da Silva*
Assinatura: *Gláucia Celys*
LEI Nº 11.626 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURL

Carteira de Identidade

Maria do Carmo da Silva

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

MARIA DO CARMO DA SILVA

Nº de Inscrição: **029273234-10**
Data de Nascimento: **04/10/71**

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade a qualquer tempo, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: *Maria do Carmo da Silva*
MARIA DO CARMO DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em: **02/10/2017**

Documentos de identificação



SECRETARIA DA FAZENDA - 21-PR-2017/10-7 038753 14



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICAÇÃO
4608397
DATA DE EMISSÃO: 29/05/1995

NOME: **Maria do Carmo da Silva.**

FILIAÇÃO: **Antonio Félix da Silva.
Severina Maria da Conceição.**

NATURALIDADE: **Limoeiro-PR.** DATA DE NASCIMENTO: **04/10/1971**

DOC. ORDEM C. Nasc. 8079 fls. 208 vs liv. 11
Cart. de Machados-PR

ASSINATURA: *Maria do Carmo da Silva*
ASSINATURA: *Gláucia Carias*

LEI Nº 11.162 DE 29/05/95

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURL

Maria do Carmo da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

MARIA DO CARMO DA SILVA

Nº de Inscrição: **029273234-10** Data de Nascimento: **04/10/71**

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade a qualquer tempo, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: *Maria do Carmo da Silva*
MARIA DO CARMO DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em: **02/10/95**

Documentos de identificação



SECRETARIA DA FAZENDA - 21-PR-2617 10/7 038753 14





Juradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DO ACIDENTE 01-08-2016 CPF DA VÍTIMA 340.491.434-30
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR GRVÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ANTONIO EMÍLIO
Nº 140 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55340-000
E-MAIL lvxcardes@netmail.com TELEFONE (11) 99206-5934
99696-4229

PARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) LAJMA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM 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 VÍTIMA MENOR DE 0 A 13 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () 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 VÍTIMA MENOR DE 0 A 13 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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 (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.200,00 (R\$ 200,00 POR MÊS). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA, NA SEGURADORA LÍDER DPVAT.
• ON BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS ESTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 0800 022 1704

ORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13-03-2017 9017

IDENTIDADE 9957229

ASSINATURA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13-03-2017 NOME Matia Jose da Silva Araújo

ASSINATURA Ag. Correios - Aiv/Com

ASSINATURA Mat. 84082405

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4600397 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/05/1995

NOME **Maria do Carmo da Silva.**

FILIAÇÃO **Antonio Félix da Silva.
Severina Maria da Conceição.**

NATURALIDADE **Limoeiro-PE.** DATA DE NASCIMENTO **04/10/1971**

DOC. UNICO **C. Nasc. 8079 fla. 208vs liv. 11**

Cart. de Machados-PE


Assinatura *Maria do Carmo da Silva*

Assinatura *Regina Ciliane Caldas Lira*

19/07/198 DE 2003-23

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURL



Maria do Carmo da Silva


CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NOME **MARIA DO CARMO DA SILVA**

Nº de Inscrição **029273234-10** Data do Nascimento **04/10/71**



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

Assinatura *Maria do Carmo da Silva*

MARIA DO CARMO DA SILVA

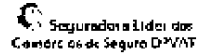
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: **02/10/85**

SERIAL 100 0701 3 8 21-400-2017 16:47 039758 1/1



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117905/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF: 140.481.434-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/08/2016
Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO : 140.481.434-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 24/03/2017
Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 140.481.434-50

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/03/2017
Nome: JORGE MARCIO NOVAES SOARES
CPF: 014.880.947-21

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

JORGE MARCIO NOVAES SOARES



PELIDO DE SEGURU DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
MAVAAA KELLY SILVA NASCIMENTO		0811 9696 4939	
ENDERECO / Address		9106-5934	
RUA ANTONIO EMIDIO, N° 140 CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAIS / Country
5574000	MACHADOS	PE	



RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



PROBADO
B
Nacional Institute
PAI (ISO 9001:2000)





Juradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RESCISÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DO ACIDENTE 01-08-2016 CPF DA VÍTIMA 340.491.434-30
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR UVÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ANTONIO EMÍLIO
Nº 140 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55340-000
E-MAIL lvxcardes@netmail.com TELEFONE (31) 99206-5934
99696-4229

PARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) LAJMA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM 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 VÍTIMA MENOR DE 0 A 13 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () 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 VÍTIMA MENOR DE 0 A 13 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

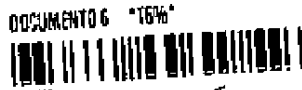
- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.200,00 (R\$ 200,00 POR MÊS). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA, NA SEGURADORA LÍDER DPVAT.
- ON BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS ESTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 0800 022 1704.

ORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13-03-2017 9017
IDENTIDADE 9957229
ASSINATURA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13-03-2017 NOME Matia Jose da Silva Araújo
ASSINATURA Ag. Correios - Aiv/Com
Mat. 84082405



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4600397 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/05/1995

NOME **Maria do Carmo da Silva.**

FILIAÇÃO **Antonio Félix da Silva.
Severina Maria da Conceição.**

NATURALIDADE **Limoeiro-PE.** DATA DE NASCIMENTO **04/10/1971**

DOC. UNICO **C. Nasc. 8079 fla. 208 vs liv. 11**

Cart. de Machados-PE


Assinatura *Maria do Carmo da Silva*

Assinatura *Regina Ciliane Caldas Lira*

19/07/1995 DE 20/03/23

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURL



Maria do Carmo da Silva


CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NOME **MARIA DO CARMO DA SILVA**

Nº de Inscrição **029273234-10** Data do Nascimento **04/10/71**



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

Assinatura *Maria do Carmo da Silva*

MARIA DO CARMO DA SILVA

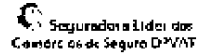
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: **02/10/95**

SECRETARIA DA FAZENDA Nº 21-400-2017 16:47 09/07/98 1/1



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117905/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF: 140.481.434-50

Data do Acidente: 21/08/2016
CPF de: Próprio Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO : 140.481.434-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 24/03/2017
Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 140.481.434-50

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/03/2017
Nome: JORGE MARCIO NOVAES SOARES
CPF: 014.880.947-21

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

JORGE MARCIO NOVAES SOARES



PELIDO DE SEGURU DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
MAVAAA KELLY SILVA NASCIMENTO		0811 9696 4939	
ENDERECO / Address		9106-5934	
RUA ANTONIO EMÍDIO, Nº 140 CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAIS / Country
5574000	MACHADOS	PE	



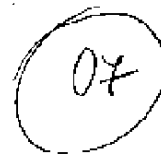
RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



PROBADO
B
Nacional Institute
Pai: (000) 0000 0000



3140/172553



(K)

PENDÊNCIA:



VÍTIMA: MAYARA KELLY SILVA
NASCIMENTO

COBERTURA: INVALIDEZ

CPF: 14048143450

DATA DE NASCIMENTO: 04/03/2001

DATA DO ACIDENTE: 21/08/2016

PENDÊNCIA: ALTA MÉDICA

(para realização de uma nova perícia)

SEMPRE LER EM 30 15-51-2017 11:12 272830 1/1





Rio de Janeiro, 29 de Março de 2017

Carta nº: 10744181

A/C: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170172553 ASL-0117905/17
Vitima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 21/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00731/00732 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DO ACIDENTE 01-08-2016 CPF DA VITIMA 340.491.434-50
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR OPVITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTECO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ANTONIO EMÍLIO
Nº 140 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
CIDADE AGACHANES UF PE CEP 55240-000
E-MAIL lberesmaria@hotmail.com TELEFONE (81) 99306-5934
99886-4939

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(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 CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) 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)

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 CONFIRMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL 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 CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO 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)

CEBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() 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 CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORÇÂMS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 CONFIRMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO 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)

CEBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 13.500,00
* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 33.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = R\$ 2.700,00 (RENDIDUSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.OPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGAR 0800 012 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13-03-2017

DATA 13-03-2017 INTR. CORREIOS 800334

IDENTIDADE 9952289

NOME Maria Josa da Silva Araújo

ASSINATURA 10/03/17

ASSINATURA Mat. 800334

CEBS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117905/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF: 140.481.434-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/08/2016
Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO : 140.481.434-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 24/03/2017
Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 140.481.434-50

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/03/2017
Nome: JORGE MARCIO NOVAES SOARES
CPF: 014.680.947-21

JORGE MARCIO NOVAES SOARES



PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

site: www.viversegurodotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
MAVABA KELLY SILVA NASCIMENTO		(31) 9696 4979	
ENDEREÇO / Address		RUA ANTONIO EMÍDIO, DE 140, CENTRO	
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
35374000	MACHADOS	PE	

RECICLAR MATERIAS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



BRASIL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASI-0370342/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF: 140.481.434-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/08/2016
Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DO CARMO DA SILVA : 029.273.234-10

Comprovante de residência
Documentos de identificação

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO : 140.481.434-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/09/2017
Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA
CPF/CNPJ: 029.273.234-10

MARIA DO CARMO DA SILVA

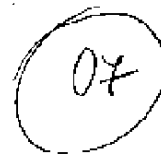
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2017
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



3140/172553



(K)

PENDÊNCIA:



VÍTIMA: MAYARA KELLY SILVA
NASCIMENTO

COBERTURA: INVALIDEZ

CPF: 14048143450

DATA DE NASCIMENTO: 04/03/2001

DATA DO ACIDENTE: 21/08/2016

PENDÊNCIA: ALTA MÉDICA

(para realização de uma nova perícia)

SEMPRE LIGAR 08 15-51-2017 11:12 272830 1/1





Rio de Janeiro, 29 de Março de 2017

Carta nº: 10744181

A/C: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170172553 ASL-0117905/17
Vitima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 21/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.


Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00731/00732 - carta_01



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117905/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF: 140.481.434-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/08/2016
Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO : 140.481.434-50
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 24/03/2017
Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 140.481.434-50

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/03/2017
Nome: JORGE MARCIO NOVAES SOARES
CPF: 014.680.947-21

JORGE MARCIO NOVAES SOARES



PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

site: www.viversegurodotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
MAVABA KELLY SILVA NASCIMENTO		(31) 9696 4979	
ENDEREÇO / Address		RUA ANTONIO EMÍDIO, DE 140, CENTRO	
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
35370000	MACHADOS	PE	

RECICLAR MATERIAS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



BRASIL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASI-0370342/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF: 140.481.434-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/08/2016
Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DO CARMO DA SILVA : 029.273.234-10

Comprovante de residência
Documentos de identificação

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO : 140.481.434-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/09/2017
Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA
CPF/CNPJ: 029.273.234-10

MARIA DO CARMO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2017
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370342/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF: 140.481.434-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/08/2016
Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro Certidão de nascimento Documentação médico-hospitalar Outros	Outros
MARIA DO CARMO DA SILVA : 029.273.234-10 Autorização de pagamento	

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/10/2017
Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA
CPF: 029.273.234-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2017
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

MARIA DO CARMO DA SILVA

Karine Gomes de Lima



ENTREGA DE PENDÊNCIAS:

VÍTIMA: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO.

SINISTRO: 3170-512873.

CPF: 140.481.434-50.

DATA DE NASCIMENTO: 04/03/2001.

DATA DO ACIDENTE: 21/08/2016.

DOCUMENTOS EM ANEXOS: AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO ASSISTIDA PELA REPRESENTANTE LEGAL (SUA MÃE), EXTRATO DE CONTA BANCÁRIA, CERTIDÃO DE NASCIMENTO, SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA.

SEBENSON LIMA PEREIRA 24/03/2017 11:59 - 000076821



Sinistros Configurações

Usuário: jllm@redesulparaná.br


FILTROS		Resumo					
Lista de sinistros		ASI	Nº Sinistro	Data de doc.	Seguradora	Vítima	Natureza
Caixa de entrada		ASL-0370342/17	3170512873	15/09/2017	2	MAYARA KELLY SILVA...	Invalidez
Caixa de retorno							

Quanto processo		Detalhe de Sinistro				
Legenda		Sinistro	Qualificação	Processo	Pagamento	Histórico
Recepção		26/09/2017 16:56	Edição de sessão			O usuário Rafaela Tonello Rosa (USEBENS SEGUROS S/A) editou os dados da pessoa MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO.
		26/09/2017 16:50	Preencher campos chave			Rafaela Tonello Rosa preencheu campos chave do sinistro.
		26/09/2017 08:56	Distribuir			Rafaela Tonello Rosa (USEBENS SEGUROS S/A) encaminhou a regulação do sinistro para Rafaela Tonello Rosa.
		26/09/2017 02:07	Carga realizada			O usuário Serviço Tasker (Recall do Brasil Ltda) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.
		26/09/2017 01:56	Documentação digitalizada			O usuário recall (Recall do Brasil Ltda) informou que concluiu a digitalização dos documentos do sinistro.
		22/09/2017 15:03	Emissão de protocolo			O usuário recall (Recall do Brasil Ltda) informou que recebeu os documentos de remessa.
		21/09/2017 16:00	Aviso Seguradora Líder			<p>Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrada por:</p> <p>Usuário: Karen Rosa de Oliveira Azevedo</p> <p>Seguradora: SEGURADORA LIDER DPMAT - REGULAÇÃO</p> <p>Dependência: SEGURADORA LIDER DPMAT - OPERAÇÃO CORREIOS (0000)</p> <p>Número de aviso: ASL-0370342/17</p> <p>Dados da vítima</p> <p>Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO</p> <p>CPF: 14048143450</p> <p>CPF do: Próprio</p> <p>Título do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO</p> <p>Data de nascimento: 04/03/2001</p> <p>Data do sinistro: 21/08/2016</p> <p>Retorno da pré-existência</p> <p>Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO - Nascimento: 04/03/2001 - CPF: 140.481.434-50</p> <p>Data do Sinistro: 21/08/2016 - Nº Sinistro 3170172553 - Sequência: 001</p> <p>Seguradora: 3271 - Dependência: 0000</p> <p>Natureza: Invalidez Pericli - Regulação: Cancelada</p> <p>Alerta: Existe o sinistro referenciado, anteriormente regulado. Deseja prosseguir com o cadastramento?</p>

02/11/17 - Doc. da causa do acidente com vítima



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370342/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF: 140.481.434-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/08/2016
Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro Certidão de nascimento Documentação médico-hospitalar Outros	Outros
MARIA DO CARMO DA SILVA : 029.273.234-10 Autorização de pagamento	

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/10/2017
Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA
CPF: 029.273.234-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2017
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

MARIA DO CARMO DA SILVA

Karine Gomes de Lima



ENTREGA DE PENDÊNCIAS:

VÍTIMA: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO.

SINISTRO: 3170-512873.

CPF: 140.481.434-50.

DATA DE NASCIMENTO: 04/03/2001.

DATA DO ACIDENTE: 21/08/2016.

DOCUMENTOS EM ANEXOS: AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO ASSISTIDA PELA REPRESENTANTE LEGAL (SUA MÃE), EXTRATO DE CONTA BANCÁRIA, CERTIDÃO DE NASCIMENTO, SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA.

SEBASTIÃO LIMA PEREIRA 24/03/2017 11:59 - 000076821



Sistemas Configurações

Usuários Invalidez/paralisa

FILIOS		Resumo					
Lista de sinistros		ASI	Nº Sinistro	Data de doc.	Seguradora	Vítima	Natureza
Cajá de entrada		ASL-0370342/17	3170512873	15/09/2017	2	MAYARA KELLY SILVA...	Invalidez
Cajá de retorno							
Quitar processo							
Legenda		Detalhe de Sinistro					
Recepção		Sinistro	Qualificação	Processo	Pagamento	Histórico	
		26/09/2017 16:56	Edição de sessão	O usuário Rafaela Tonello Rosa (USEBENS SEGUROS S/A) editou os dados da pessoa MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO.			
		26/09/2017 16:50	Preencher campos chave	Rafaela Tonello Rosa preencheu campos chave do sinistro.			
		26/09/2017 08:56	Distribuir	Rafaela Tonello Rosa (USEBENS SEGUROS S/A) encaminhou a regulação do sinistro para Rafaela Tonello Rosa.			
		26/09/2017 02:07	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker (Recall do Brasil Ltda) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.			
		26/09/2017 01:56	Documentação digitalizada	O usuário recall (Recall do Brasil Ltda) informou que concluiu a digitalização dos documentos do sinistro.			
		22/09/2017 15:03	Emissão de protocolo	O usuário recall (Recall do Brasil Ltda) informou que recebeu os documentos de remessa.			
		21/09/2017 16:00	Aviso Seguradora Líder	<p>Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrada por:</p> <p>Usuário: Karen Rosa de Oliveira Azevedo</p> <p>Seguradora: SEGURADORA LIDER DPMAT - REGULAÇÃO</p> <p>Dependência: SEGURADORA LIDER DPMAT - OPERAÇÃO CORREIOS (0000)</p> <p>Número de aviso: ASL-0370342/17</p> <p>Dados da vítima</p> <p>Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO</p> <p>CPF: 14048143450</p> <p>CPF do: Próprio</p> <p>Título do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO</p> <p>Data de nascimento: 04/03/2001</p> <p>Data do sinistro: 21/08/2016</p> <p>Retorno da pré-existência</p> <p>Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO - Nascimento: 04/03/2001 - CPF: 140.481.434-50</p> <p>Data do Sinistro: 21/08/2016 - Nº Sinistro 3170172553 - Sequência: 001</p> <p>Seguradora: 3271 - Dependência: 0000</p> <p>Natureza: Invalidez Pericl - Regulação: Cancelada</p> <p>Alerta: Existe o sinistro referenciado, anteriormente regulado. Deseja prosseguir com o cadastramento?</p>			

Mostrar próximo

Edição Documentos

Cancelar

02/11/17 - Doc. da causa do acidente com vítima



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170512873

Cidade: Machados

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Data do acidente: 21/08/2016

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: FRATURA DO 3ºDEDO; SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS K

Sequelas permanentes: RIGIDEZ

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: 3ºDEDO 75% (PERDA FUNCIONAL INTENSA)

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDENIZADO COM BASE EM DOCUMENTAÇÃO CONSISTENTE

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

ANORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170512873

Cidade: Machados

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Data do acidente: 21/08/2016

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de rádio distal esquerdo, fratura de 3º metacarpo esquerdo, luxação do 3º quirodáctilo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Consolidação viciosa, déficit de força de grau grave da mão esquerda, com prejuízo no movimento de preensão, presença de cicatriz local.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente já de alta, fez fisioterapia. Evoluiu com consolidação viciosa.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de grau grave da mão esquerda.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo de Faria Neves

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170512873

Cidade: Machados

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Data do acidente: 21/08/2016

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de rádio distal esquerdo, fratura de 3º metacarpo esquerdo, luxação do 3º quirodáctilo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Consolidação viciosa, déficit de força de grau grave da mão esquerda, com prejuízo no movimento de preensão, presença de cicatriz local.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente já de alta, fez fisioterapia. Evoluiu com consolidação viciosa.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de grau grave da mão esquerda.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo de Faria Neves

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11706852

A/C: MARIA DO CARMO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170512873 ASL-0370342/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 21/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01835/01836 - carta_01

00020918



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11707029

A/C: MARIA DO CARMO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170512873 ASL-0370342/17

Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Data Acidente: 21/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 15/09/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 21/08/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00617/00818 - carta_03

00070409



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta nº: 11964844

A/C: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Sinistro: 3170512873 ASL-0370342/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 21/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01005/01006 - carta_02

00050503



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Carta nº: 12032068

A/C: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170512873
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data do Acidente: 21/08/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 001

Agência: 000002039-7

Conta: 000010016374-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	RS	0,00
Juros:	RS	0,00
Total creditado:	RS	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	RS	7.087,50
---	----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00471/00472 - carta_15R - INVALIDEZ

00030236



Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *11%*



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

EU, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO FOR _____ EM ____/____/____ E

CPF 040481434-50 /CNPJ _____-____-____. PROFISSÃO ESTUDANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAYARA KELLY S. NASCIMENTO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO FRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 01 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2035-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16329-0

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

Oratório-PE, 13 de março de 2017 Mayara Kelly Silva Nascimento
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



31/01/2017 - BANCO DO BRASIL - 11:47:57
203914321 8469
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
SEM DINHEIRO

CLIENTE: MAYARA K. SILVA NASCIMENTO
AGENCIA: 2039-7 CONTA: 15.374-01 VAR: 61

SEMPRE LIGAR PARA 31

21-03-2017 10:46:08 89874811



Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *11%*



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

EU, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO FOR _____ EM ____/____/____ E

CPF 040481434-50 /CNPJ _____-____-____, PROFISSÃO ESTUDANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAYARA KELLY S. NASCIMENTO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 07 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2035-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16329-0

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

Oratório-PE, 13 de março de 2017 Mayara Kelly Silva Nascimento
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



31/01/2017 - BANCO DO BRASIL - 11:47:57
203914321 8469
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
SEM DINHEIRO

CLIENTE: NAYARA K. SILVA NASCIMENTO
AGENCIA: 2039-7 CONTA: 15.374-01 VAR: 61

SEMPRE LIGAR EM 31

21-03-2017 10:46:09 89874811





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T1%*



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

EU, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E

CPF 140481434-50 CNPJ _____ PROFISSÃO ESTUDANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAYARA KELLY S. NASCIMENTO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 01 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2039 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1634-0

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

Recife-PE, 13 de março de 2017

LOCAL E DATA

Mayara Kelly Silva Nascimento
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



31/01/2017 - BANCO DO BRASIL - 11:47:57
203914321 8469
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: MAYARA A. SILVA NASCIMENTO
AGENCIA: 2039-7 CONTA: 16.374-8 VAR:51

SEMPRE LIGUE 0800 34 21-0100 18-46 8387 48 10





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CR
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA**



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 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 entre 16 e 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
3170512873	14048143450	MAVANA KELLY DA SILVA NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO		740481434-50		ESTUDANTE
Endereço		Número	Complemento	
RUA ANTONIO EMÍDIO		140	CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
CENTRO	MACHADOS	PE	55740-000	
Email			Telefone (DDD)	
elbxamenara@hotmail.com			1311 996664889	
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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			

AGÊNCIA	DATA	CONTA	DATA
Nº:		Nº:	
2039	7	76374	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA	DATA	CONTA	DATA
Nº:		Nº:	
(Informar dígito se existir)		(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.

(Orobi) CF 78 de outubro de 2017

Local e Natura

Mayana Kelly Silva maria do Carmo da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante | em

EAPPE 001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 13:24:46
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031313244591400000058244797>
 Número do documento: 20031313244591400000058244797

31/01/2017 - BANCO DO BRASIL 11:47:57
203914321 0469

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: MAYARA K SILVA NASCIMENTO
AGENCIA: 2039-7 CONTA: 16.374-0 VAR: 51

SESP/OPR LTR PNB 1 24/02/17 11:59 - 00002804



[illegible]**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 16 e 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").

3170512.973

140487434 50

Nome completo do Votante
MAYANA KELLY DA SILVA NASCIMENTO

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO		740481434-50	ESTUDANTE
Endereço		Número	Complemento
RUA ANTONIO EMÍDIO		140	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	MACHADOS	PE	55740-000
E-mail			Telefone (DDD)
elxamenaria@bol.com.br			141 996664819

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00☐ ACIMADE R\$ 10.000,00☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

REQ. 2039

2

NOTED
76374

DATE	4
------	---

Infektmar d'għaliq se jgħallu

disponer de alta se existiere

NRQ

2

NRD.

Q.

Informar dacă se există:

Informar d'alta se existe:

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.

(Probi. CF. 78 de outubro de 2017

Local e Natura

Mayana Kelly Silva Maximino Maria do Carmo da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Amo 7 - Assinatura do Representante | 000



31/01/2017 - BANCO DO BRASIL 11:47:57
203914321 0469

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: MAYARA K SILVA NASCIMENTO
AGENCIA: 2039-7 CONTA: 16.374-0 VAR: 51

SERVIDOR LITE-ON 7 24/02/17 11:59 - 00002804



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

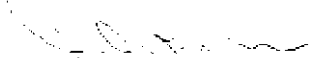
Nome do(a) Examinado(a): Mayara Kelly Silva Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Emílio, 140
Centro Machados PE CEP 55740-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [CERTIDAO NASCIMENTO / PE] 13240
Data local do exame: [21/11/2017] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, FRATURA DE 3 METACARPO ESQUERDO, LUXAÇÃO DO 3 QDE.
CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DEFICIT DE FORÇA DE GRAU GRAVE DA MÃO ESQUERDA, COM PREJUÍZO NO MOVIMENTO
DE PRENSÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ LOCAL.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**TRATADO CIRURGICAMENTE JÁ DE ALTA, FEZ FISIOTERAPIA
Data da alta: HÁ CERCA DE 4 MESES.
FIO K, FISIOTERAPIA
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU GRAVE DA MÃO ESQUERDA
Caso a resposta seja "Não", concluir dentro as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
MÃO - Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio **(X) 75% intensa** () 100% completo () 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo () 50% médio () 75% intensa () 100% completo
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total – "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

**SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742**



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

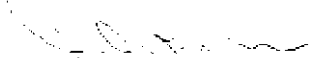
Nome do(a) Examinado(a): Mayara Kelly Silva Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Emílio, 140
Centro Machados PE CEP 55740-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [CERTIDAO NASCIMENTO / PE] 13240
Data local do exame: [21/11/2017] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, FRATURA DE 3 METACARPO ESQUERDO, LUXAÇÃO DO 3 QDE.
CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DEFICIT DE FORÇA DE GRAU GRAVE DA MÃO ESQUERDA, COM PREJUÍZO NO MOVIMENTO
DE PRENSÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ LOCAL.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**TRATADO CIRURGICAMENTE JÁ DE ALTA, FEZ FISIOTERAPIA
Data da alta: HÁ CERCA DE 4 MESES.
FIO K, FISIOTERAPIA
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU GRAVE DA MÃO ESQUERDA
Caso a resposta seja "Não", concluir dentro as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| MÃO - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total – "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

**SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742**





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

IN° 16E020000437

Série-A
1^a Parte

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM		Circunscrição MACHADOS		Data ou Registro 21/08/2016		Hora do Registro 00:30		Nº da Folha / Total de Folhas 01/03			
	Descrição e Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS						Aviso de Ocorrências do CIODS Nº					
	Data (dd/mm/aa) 21/08/2016		Hora (hh:mm) 00:00		X Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida		X Consumado <input type="checkbox"/> Tentado		X Culposos <input type="checkbox"/> Doloso		C Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Infracional	
	Circunscrição do Fato MACHADOS			Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO								
Dados do Evolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 69								Número			
	Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA								CEP 55740-000			
	Município MACHADOS			UF PE		Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS						
	<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
Dados do Evolvido	Nome / Razão Social ADRIANO DA SILVA BARBOSA											
	Pai JOSE LEALPEREIRA BARBOSA											
	Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA BARBOSA											
	Apelido / Nome Fantasia				Sexo M		Estado Civil F		1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado			
					2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)							
	Data de Nascimento 23/10/1938		Idade aparente []		1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 46 anos)		Escolaridade []			
	X RG <input type="checkbox"/> CNH		Órgão Expedidor SDS		UF PE		X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?		Órgão Expedidor SRF			
	10.300.791						120.066.164-35		2860			
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO FIGUEIRAS								Número 2860			
Bairro ZONA RURAL								CEP 55740-000				
Município OROBÓ								UF PE				
Telefone / Contato (DDD-Número)												
Altura Aparente []				1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m		4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m		Peso []				
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)				Profissão NÃO INFORMADA				Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)				
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)				Defeito Físico (Descrever)				Dentes (Descrever)				
Dados do Evolvido	<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
	Nome / Razão Social MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO											
	Pai ANTONIO SEVERINO DO NASCIMENTO											
	Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA											
	Apelido / Nome Fantasia				Sexo M		Estado Civil []		1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado			
					2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)							
	Data de Nascimento 04/03/2001		Idade aparente []		1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 46 anos)		Escolaridade []			
	X RG <input type="checkbox"/> CNH		Órgão Expedidor -		UF -		X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?		Órgão Expedidor -			
	NÃO PORTAVA						NÃO PORTAVA		-			
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA ANOTONIO EMIDIO								Número 140				
Bairro CENTRO								CEP 55740-000				
Município MACHADOS								UF PE				
Telefone / Contato (DDD-Número)												
Altura Aparente []				1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m		4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m		Peso []				
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)				PROFISSÃO ESTUDANTE				Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)				
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)				Defeito Físico (Descrever)				Dentes (Descrever)				

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SERVICIO REGISTRAL E NOTARIAL DE CUNDACUPE, R. Prof. Mariana de Aguiar, 2086-66-1186, D.F. México

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 13:24:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031313244591400000058244797>
 Número do documento: 20031313244591400000058244797

Num. 59226817 - Pág. 74

CONFIDENTIAL





1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O. Nº 1420201000437

Série-A
1ª Parte

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/08/2016	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 02/03	
	Descrição a Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS			Aviso de Ocorrências do CIODS Nº		
	Data (dd/mm/aa) 21/08/2016	Hora (hh:mm) 00:00	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposos <input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Atos Infracionais
	Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO			
Dados do Evolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 09					Número
	Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA					CEP 55740-000
	Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS			
	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input checked="" type="checkbox"/> XTESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS					TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Nome / Razão Social EDSON DELMIRO DA SILVA					
	Pai MANOEL DELMIRO DA SILVA					
	Mãe MARIA LUZIA DE SANTANA E SILVA					
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amarelado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorçado(a) 6. Separado(a)	
	Data de Nascimento 11/05/1971	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 45 anos)	Escolaridade	1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto
	<input checked="" type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CNH	Órgão Expedidor	UF	<input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?	Órgão Expedidor	Naturalidade
NÃO PORTAVA					VITÓRIA STO. ANTÃO-PE	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) FAZENDA LARANJEIRAS					Número S/N	
Complemento CASA						
Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente 1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m		Peso 1. Até 20kg 4. 81-90kg 2. 21-40kg 5. 91-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []	1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		
Dados do Evolvido	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input checked="" type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS					TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Nome / Razão Social KLEMERSON BATISTA BARROS					
	Pai ANTONIO BATISTA BARROS					
	Mãe MARIA BARBOSA BARROS					
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amarelado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorçado(a) 6. Separado(a)	
	Data de Nascimento 17/09/1983	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 45 anos)	Escolaridade	1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto
	<input checked="" type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CNH	Órgão Expedidor	UF	<input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?	Órgão Expedidor	Naturalidade
	NÃO PORTAVA					MACHADOS-PE
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO CHÁ DO VENTO					Número S/N
	Complemento CASA					
Bairro CENTRO		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente 1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m		Peso 1. Até 20kg 4. 81-90kg 2. 21-40kg 5. 91-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []	1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCOSERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE PERNAMBUCO, E. Prof.
Miguel de Aquino, 20 - BRASÃO-1186, CEP:
50000-000 - RECIFE, PE
AUTENTICA, conforme o protocolo nº 1420201000437



1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O. Nº 16E0201600437

1ª Parte

2ª

Fato	Unidade Operacional	Circunscrição		Data ou Registro	Hora do Registro	Nº da Folha / Total de Folhas		
	22º BPM	MACHADOS		21/08/2016	00:39	03/03		
	Forma de Aproximação?			Forma de Ação da Abordagem?				
	Local de Entrada?			Forma de Entrada?				
Modulo Operandi	Aproximações no Local?			Forma de Evasão?				
	Crimes Sexuais?			Estelionato?				
Objeto Envolvido	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido?		
		Qual o motivo do registro do objeto?					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido?		
		Qual o motivo do registro do objeto?					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido?		
		Qual o motivo do registro do objeto?					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Dados do Veículo	Nº	Envolvido	Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavam
			UF	Chassi		Placa	Veículo Apreendido?	
		Qual o motivo do registro do veículo						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nº		Envolvido	Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavam	
		UF	Chassi		Placa	Veículo Apreendido?		
Qual o motivo do registro do veículo						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Nº		Envolvido	Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavam	
		UF	Chassi		Placa	Veículo Apreendido?		
Qual o motivo do registro do veículo						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Nº		ENVOLVIDO NO ACIDENTE DE TRÂNSITO						
	Após tomar conhecimento de um acidente de trânsito na Rod. PE 89, a Vítima deslocou-se ao local constatou a veracidade do fato, onde as vítimas Adriano da Silva Barbosa e Mayara Kelly Silva Nascimento, vinham na Moto de placa KKB5279 - PE, de propriedade do Sr. Gilvaldo Jose da Silva, a qual estava sendo pilotada pela vítima Adriano, onde o condutor perdeu o controle da mesma e caiu, as vítimas sofreram vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital desta cidade após receber os primeiros socorros, devido a gravidade dos ferimentos foram transferidas para outros Centros Hospitalar.							
Exames Periclitados: S. Solicitado R. Realizado	Tipo de Exame		Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R
	Conductor		<input type="checkbox"/> Recebedor	Matrícula		Vítima		Unidade
Responsáveis	Responsável pelo Atestado		Interessado(a):		Preenchimento pela Validação			
	Matrícula		Ass.: Nome:		Matrícula Nº Ass.: Nome:			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº 16E0201600437
Data: 21/08/2016
Hora: 00:39
Folha: 03/03
Ass.:
Nome:



DOCUMENTO 1 "T19"



ASL 911-7905/17

Nº 1680201000437



1ª Via

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Série-A
1ª Parte

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/08/2018	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 01/03	
	Descrição e Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS				Aviso de Ocorrências do CIODS Nº	
	Data (dd/mm/aa) 21/08/2018	Hora (hh:mm) 00:00	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposos <input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Infracional
	Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO			
Dados do Evolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 89				Número	
	Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA				CEP 55740-000	
	Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS			
	<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
	Nome / Razão Social ADRIANO DA SILVA BARBOSA					
	Pai JOSÉ LEALPEREIRA BARBOSA					
	Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA BARBOSA					
	Apelido / Nome Fantasia					
	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado [7] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)					
	Data de Nascimento 23/10/1938	Idade aparente [1]	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [7]	1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto
X RG <input type="checkbox"/> CNH 10.300.791	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? 120.056.164-35	Órgão Expedidor SRF	Naturalidade OROBÓ-PE	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO FIQUEIRAS				Número 2560		
Bairro ZONA RURAL				CEP 55745-000		
Município OROBÓ				UF PE		
Telefone / Contato (DDD-Número)						
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,2m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []	1. Parda 3. Negra Bigode 2. Branca 4. Amarela <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão NÃO INFORMADA		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		
<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Nome / Razão Social MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO						
Pai ANTONIO SEVERINO DO NASCIMENTO						
Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA						
Apelido / Nome Fantasia						
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado [1] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)						
Data de Nascimento 04/03/2001	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [7]	1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto	
X RG <input type="checkbox"/> CNH NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor —	UF —	X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor —	Naturalidade TIMBAÚBA-PE	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA ANTONIO EMÍDIO				Número 140		
Bairro CENTRO				CEP 55745-000		
Município MACHADOS				UF PE		
Telefone / Contato (DDD-Número)						
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,2m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []	1. Parda 3. Negra Bigode 2. Branca 4. Amarela <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO ESTUDANTE		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCOSERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE, R. Prof.
Mariano de Aguiar, 20 - Jd. do Povo, OROBÓ-PE, PE
AUTENTICA, CERTIFICA O (original) apresentado, IN

CONFIDENTIAL





1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O. Nº 140201000437

Série-A
1ª Parte

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/08/2016	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 02/03	
	Descrição a Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS				Aviso de Ocorrências do CIODS Nº	
	Data (dd/mm/aa) 21/08/2016	Hora (hh:mm) 00:00	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposos <input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Atos Infracções
	Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO			
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 09					Número	
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA			Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	
Município MACHADOS		UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS			
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input checked="" type="checkbox"/> XTESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Nome / Razão Social EDSON DELMIRO DA SILVA						
Pai MANOEL DELMIRO DA SILVA						
Mãe MARIA LUZIA DE SANTANA E SILVA						
Apelido / Nome Fantasia		Sexo X M F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amarelado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)			
Data de Nascimento 11/05/1971	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 45 anos)		
X RG <input type="checkbox"/> CNH		Órgão Expedidor	UF	X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?		
NÃO PORTAVA		PE	PE	NÃO PORTAVA		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) FAZENDA LARANJEIRAS		Número S/N	Complemento CASA			
Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input checked="" type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Nome / Razão Social KLEMERSON BATISTA BARROS						
Pai ANTONIO BATISTA BARROS						
Mãe MARIA BARBOSA BARROS						
Apelido / Nome Fantasia		Sexo X M F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amarelado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)			
Data de Nascimento 17/09/1983	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 45 anos)		
X RG <input type="checkbox"/> CNH		Órgão Expedidor	UF	X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?		
NÃO PORTAVA		PE	PE	NÃO PORTAVA		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO CHÁ DO VENTO		Número S/N	Complemento CASA			
Bairro CENTRO		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCOSERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE PERNAMBUCO
Município de Aquidauana, 20/08/2016, 11h04, 02h14
AUTENTICAÇÃO: contem a assinatura eletrônica do



1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O. Nº 16E0201600437

1ª Parte

2ª

Fato	Unidade Operacional	Circunscrição		Data ou Registro	Hora do Registro	Nº da Folha / Total de Folhas		
	22º BPM	MACHADOS		21/06/2016	00:39	03/03		
	Forma de Aproximação?			Forma de Ação da Abordagem?				
	Local de Entrada?			Forma de Entrada?				
Modulo Operandi	Aproximações no Local?			Forma de Evasão?				
	Crimes Sexuais?			Estelionato?				
Objeto Envolvido	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido?		
		Qual o motivo do registro do objeto?					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido?		
		Qual o motivo do registro do objeto?					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido?		
		Qual o motivo do registro do objeto?					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Dados do Veículo	Nº	Envolvido	Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavam
			UF	Chassi		Placa	Veículo Apreendido?	
		Qual o motivo do registro do veículo						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nº		Envolvido	Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavam	
		UF	Chassi		Placa	Veículo Apreendido?		
Qual o motivo do registro do veículo						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Nº		Envolvido	Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavam	
		UF	Chassi		Placa	Veículo Apreendido?		
Qual o motivo do registro do veículo						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Nº		ENVOLVIDO NO ACIDENTE DE TRÂNSITO						
	Após tomar conhecimento de um acidente de trânsito na Rod. PE 89, a Viatura deslocou-se ao local constatou a veracidade do fato, onde as vítimas Adriano da Silva Barbosa e Mayara Kelly Silva Nascimento, vinham na Moto de placa KKB5279 - PE, de propriedade do Sr. Gilvaldo Jose da Silva, a qual estava sendo pilotada pela vítima Adriano, onde o condutor perdeu o controle da mesma e caiu, as vítimas sofreram vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital desta cidade após receber os primeiros socorros, devido a gravidade dos ferimentos foram transferidas para outros Centros Hospitalar.							
Responsáveis	Exames Periclitados: S. Solicitado R. Realizado							
	Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R		
	Conductor <input type="checkbox"/> Recebedor		Matrícula		Viatura			
	Responsável pelo Atestado		Interessado(a):		Preenchimento pela Validação			
Matrícula		Ass.:		Matrícula Nº				
Ass.:		Ass.:		Ass.:				
Nome:		Nome:		Nome:				

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº 16E0201600437
Data: 21/06/2016
Hora: 00:39
Folha: 03/03
Ass.:
Nome:



DOCUMENTO 1 1794



ASL 011-1905/17

Nº 16E0201000437



1ª Via

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/08/2018	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 01/03
Descrição e Natureza 1 - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS		Aviso de Ocorrências do CIOS		
Data (dd/mm/aa) 21/08/2018	Hora (hh:mm) 00:00	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposos <input type="checkbox"/> Dolosos
Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 88				Número
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA		Bairro ZONA RURAL		CEP 65740-000
Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS		
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA
<input type="checkbox"/> OUTROS		<input checked="" type="checkbox"/> TURISTA		
Nome / Razão Social ADRIANO DA SILVA BARBOSA				
Pai JOSE LEAL PEREIRA BARBOSA				
Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA BARBOSA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo M	Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento 23/10/1998	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (0-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 45 anos)	Escolaridade []
<input checked="" type="checkbox"/> RG 10.306.791	<input type="checkbox"/> CNH	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF 120.886.184-36
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO FIGUEIRAS		Número 2580		Naturalidade OROBÓ-PE
Bairro ZONA RURAL		CEP 65740-000	Município OROBÓ	UF PE
Altura Aparente []		Peso []	Cor da Pele []	1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão NÃO INFORMADA	Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)	Dentes (Descrever)	
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA
<input type="checkbox"/> OUTROS		<input checked="" type="checkbox"/> TURISTA		
Nome / Razão Social MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO				
Pai ANTONIO SEVERINO DO NASCIMENTO				
Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento 04/03/2001	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (0-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 45 anos)	Escolaridade []
<input checked="" type="checkbox"/> RG NÃO PORTAVA	<input type="checkbox"/> CNH	Órgão Expedidor ---	UF ---	X CPF NÃO PORTAVA
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA ANTONIO EMÍLIO		Número 140		Naturalidade TIMBAÚBA-PE
Bairro CENTRO		CEP 65740-000	Município MACHADOS	UF PE
Altura Aparente []		Peso []	Cor da Pele []	1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão ESTUDANTE	Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)	Dentes (Descrever)	

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA
SERVIÇO REGISTRO E HISTÓRIA DE OCORRÊNCIAS
Partidos de Aquela, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 2689, 2690, 2691, 2692, 2693, 2694, 2695, 2696, 2697, 2698, 2699, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2705, 2706, 2707, 2708, 2709, 2710, 2711, 2712, 2713, 2714, 2715, 2716, 2717, 2718, 2719, 2720, 2721, 2722, 2723, 2724, 2725, 2726, 2727, 2728, 2729, 2730, 2731, 2732, 2733, 2734, 2735, 2736, 2737, 2738, 2739, 2740, 2741, 2742, 2743, 2744, 2745, 2746, 2747, 2748, 2749, 2750, 2751, 2752, 2753, 2754, 2755, 2756, 2757, 2758, 2759, 2760, 2761, 2762, 2763, 2764, 2765, 2766, 2767, 2768, 2769, 2770, 2771, 2772, 2773, 2774, 2775, 2776, 2777, 2778, 2779, 2780, 2781, 2782, 2783, 2784, 2785, 2786, 2787, 2788, 2789, 2790, 2791, 2792, 2793, 2794, 2795, 2796, 2797, 2798, 2799, 2800, 2801, 2802, 2803, 2804, 2805, 2806, 2807, 2808, 2809, 2810, 2811, 2812, 2813, 2814, 2815, 2816, 2817, 2818, 2819, 2820, 2821, 2822, 2823, 2824, 2825, 2826, 2827, 2828, 2829, 2830, 2831, 2832, 2833, 2834, 2835, 2836, 2837, 2838, 2839, 2840, 2841, 2842, 2843, 2844, 2845, 2846, 2847, 2848, 2849, 2850, 2851, 2852, 2853, 2854, 2855, 2856, 2857, 2858, 2859, 2860, 2861, 2862, 2863, 2864, 2865, 2866, 2867, 2868, 2869, 2870, 2871, 2872, 2873, 2874, 2875, 2876, 2877, 2878, 2879, 2880, 2881, 2882, 2883, 2884, 2885, 2886, 2887, 2888, 2889, 2890, 2891, 2892, 2893, 2894, 2895, 2896, 2897, 2898, 2899, 2900, 2901, 2902, 2903, 2904, 2905, 2906, 2907, 2908, 2909, 2910, 2911, 2912, 2913, 2914, 2915, 2916, 2917, 2918, 2919, 2920, 2921, 2922, 2923, 2924, 2925, 2926, 2927, 2928, 2929, 2930, 2931, 2932, 2933, 2934, 2935, 2936, 2937, 2938, 2939, 2940, 2941, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947, 2948, 2949, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957, 2958, 2959, 2960, 2961, 2962, 2963, 2964, 2965, 2966, 2967, 2968, 2969, 2970, 2971, 2972, 2973, 2974, 2975, 2976, 2977, 2978, 2979, 2980, 2981, 2982, 2983, 2984, 2985, 2986, 2987, 2988, 2989, 2990, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2996, 2997, 2998, 2999, 3000, 3001, 3002, 3003, 3004, 3005, 3006, 3007, 3008, 3009, 3010, 3011, 3012, 3013, 3014, 3015, 3016, 3017, 3018, 3019, 3020, 3021, 3022, 3023, 3024, 3025, 3026, 3027, 3028, 3029, 3030, 3031, 3032, 3033, 3034, 3035, 3036, 3037, 3038, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3047, 3048, 3049, 3050, 3051, 3052, 3053, 3054, 3055, 3056, 3057, 3058, 3059, 3060, 3061, 3062, 3063, 3064, 3065, 3066, 3067, 3068, 3069, 3070, 3071, 3072, 3073, 3074, 3075, 3076, 3077, 3078, 3079, 3080, 3081, 3082, 3083, 3084, 3085, 3086, 3087, 3088, 3089, 3090, 3091, 3092, 3093, 3094, 3095, 3096, 3097, 3098, 3099, 3100, 3101, 3102, 3103, 3104, 3105, 3106, 3107, 3108, 3109, 3110, 3111, 3112, 3113, 3114, 3115, 3116, 3117, 3118, 3119, 3120, 3121, 3122, 3123, 3124, 3125, 3126, 3127, 3128, 3129, 3130, 3131, 3132, 3133, 3134, 3135, 3136, 3137, 3138, 3139, 3140, 3141, 3142, 3143, 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3150, 3151, 3152, 3153, 3154, 3155, 3156, 3157, 3158, 3159, 3160, 3161, 3162, 3163, 3164, 3165, 3166, 3167, 3168, 3169, 3170, 3171, 3172, 3173, 3174, 3175, 3176, 3177, 3178, 3179, 3180, 3181, 3182, 3183, 3184, 3185, 3186, 3187, 3188, 3189, 3190, 3191, 3192, 3193, 3194, 3195, 3196, 3197, 3198, 3199, 3200, 3201, 3202, 3203, 3204, 3205, 3206, 3207, 3208, 3209, 3210, 3211, 3212, 3213, 3214, 3215, 3216, 3217, 3218, 3219, 3220, 3221, 3222, 3223, 3224, 3225, 3226, 3227, 3228, 3229, 3230, 3231, 3232, 3233, 3234, 3235, 3236, 3237, 3238, 3239, 3240, 3241, 3242, 3243, 3244, 3245, 3246, 3247, 3248, 3249, 3250, 3251, 3252, 3253, 3254, 3255, 3256, 3257, 3258, 3259, 3260, 3261, 3262, 3263, 3264, 3265, 3266, 3267, 3268, 3269, 3270, 3271, 3272, 3273, 3274, 3275, 3276, 3277, 3278, 3279, 3280, 3281, 3282, 3283, 3284, 3285, 3286, 3287, 3288, 3289, 3290, 3291, 3292, 3293, 3294, 3295, 3296, 3297, 3298, 3299, 3300, 3301, 3302, 3303, 3304, 3305, 3306, 3307, 3308, 3309, 3310, 3311, 3312, 3313, 3314, 3315, 3316, 3317, 3318, 3319, 3320, 3321, 3322, 3323, 3324, 3325, 3326, 3327, 3328, 3329, 3330, 3331, 3332, 3333, 3334, 3335, 3336, 3337, 3338, 3339, 3340, 3341, 3342, 3343, 3344, 3345, 3346, 3347, 3348, 3349, 3350, 3351, 3352, 3353, 3354, 3355, 3356, 3357, 3358, 3359, 3360, 3361, 3362, 3363, 3364, 3365, 3366, 3367, 3368, 3369, 3370, 3371, 3372, 3373, 3374, 3375, 3376, 3377, 3378, 3379, 3380, 3381, 3382, 3383, 3384, 3385, 3386, 3387, 3388, 3389, 3390, 3391, 3392, 3393, 3394, 3395, 3396, 3397, 3398, 3399, 3400, 3401, 3402, 3403, 3404, 3405, 3406, 3407, 3408, 3409, 3410, 3411, 3412, 3413, 3414, 3415, 3416, 3417, 3418, 3419, 3420, 3421, 3422, 3423, 3424, 3425, 3426, 3427, 3428, 3429, 3430, 3431, 3432, 3433, 3434, 3435, 3436, 3437, 3438, 3439, 3440, 3441, 3442, 3443, 3444, 3445, 3446, 3447, 3448, 3449, 3450, 3451, 3452, 3453, 3454, 3455, 3456, 3457, 3458, 3459, 3460, 3461, 3462, 3463, 3464, 3465, 3466, 3467, 3468, 3469, 3470, 3471, 3472, 3473, 3474, 3475, 3476, 3477, 3478, 3479, 3480, 3481, 3482, 3483, 3484, 3485, 3486, 3487, 3488, 3489, 3490, 3491, 3492, 3493, 3494, 3495, 3496, 3497, 3498, 3499, 3500, 3501, 3502, 3503, 3504, 3505, 3506, 3507, 3508, 3509, 3510, 3511, 3512, 3513, 3514, 3515, 3516, 3517, 3518, 3519, 3520, 3521, 3522, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528, 3529, 3530, 3531, 3532, 3533, 3534, 3535, 3536, 3537, 3538, 3539, 3540, 3541, 3542, 3543, 3544, 3545, 3546, 3547, 3548, 3549, 3550, 3551, 3552, 3553, 3554, 3555, 3556, 3557, 3558, 3559, 3560, 3561, 3562, 3563, 3564, 3565, 3566, 3567, 3568, 3569, 3570, 3571, 3572, 3573, 3574, 3575, 3576, 3577, 3578, 3579, 3580, 3581, 3582, 3583, 3584, 3585, 3586, 3587, 3588, 3589, 3590, 3591, 3592, 3593, 3594, 3595, 3596, 3597, 3598, 3599, 3600, 3601, 3602, 3603, 3604, 3605, 3606, 3607, 3608, 3609, 3610, 3611, 3612, 3613, 3614, 3615, 3616, 3617, 3618, 3619, 3620, 3621, 3622, 3623, 3624, 3625, 3626, 3627, 3628, 3629, 36

RECEIÇÃO DE PAGAMENTO
Nº 2.98 - 1944 - R\$ 4,55 - FEM - R\$ 0,24 - R\$ 4,31
Total: R\$ 4,31 - 01/03/2020 - 01/03/2020
Selo: 1007602.8800203/02.0193

RECEBUE





1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O. Nº 162020100437

Série-A
1ª Parte

Transcrição do registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data do Registro 21/ 08 / 2016	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 02/03
	Descrição a Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS				Aviso de Ocorrências do CIOOS Nº
	Data (dd/mm/aa) 21/ 08 / 2016	Hora (hh:mm) 00:00	X Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	X Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	X Culposos <input type="checkbox"/> Doloso
	Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO		
Dados do Evidente	Lugradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 89				Número
	Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA				CEP 55740-000
	Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS		
	<div> <div>VITIMA</div> <div>IMPUTADO</div> <div><input type="checkbox"/> SUSPEITO</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> XTESTEMUNHA</div> <div><input type="checkbox"/> OUTROS</div> <div>TURISTA</div> <div>Sim</div> <div>X Não</div> </div>				
Dados do Evidente	Nome / Razão Social EDSON DELMIRO DA SILVA				
	Pai MANOEL DELMIRO DA SILVA				
	Mãe MARIA LUZIA DE SANTANA E SILVA				
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amarelado(a) 7. Não Informado	
	Data de Nascimento 11/05/1971		Idade aparente []	Escolaridade 1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado	
	X RG <input type="checkbox"/> CNH <input checked="" type="checkbox"/> NÃO PORTAVA		Órgão Expedidor UF PE	X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input checked="" type="checkbox"/> NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor SRF
	Lugradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) FAZENDA LARANJEIRAS		Número S/N	Complemento CASA	
	Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE
	Altura Aparente []		Peso []	Cor da Pele []	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
	Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR	Tipo de Cabelo / Local / Formato (Descrever)	
	Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)	Dentes (Descrever)	
	Dados do Evidente	<div> <div>VITIMA</div> <div><input type="checkbox"/> IMPUTADO</div> <div><input type="checkbox"/> SUSPEITO</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> TESTEMUNHA</div> <div><input type="checkbox"/> OUTROS</div> <div>TURISTA</div> <div>Sim</div> <div>X Não</div> </div>			
Nome / Razão Social KLEMERSON BATISTA BARROS					
Pai ANTONIO BATISTA BARROS					
Mãe MARIA BARBOSA BARROS					
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amarelado(a) 7. Não Informado		
Data de Nascimento 17/09/1963		Idade aparente []	Escolaridade 1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado		
X RG <input type="checkbox"/> CNH <input checked="" type="checkbox"/> NÃO PORTAVA		Órgão Expedidor UF PE	X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input checked="" type="checkbox"/> NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor MACHADOS-PE	
Lugradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO CHÁ DO VENTO		Número S/N	Complemento CASA		
Bairro CENTRO		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	
Altura Aparente []		Peso []	Cor da Pele []	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO AGRICULTOR	Tipo de Cabelo / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)	Dentes (Descrever)		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE OROQUEPE, R. Prof.
Barbosa de Aguiar, 20 - (81) 3056-1180 - 03-10-10
AUTENTICA. conforme o art. 1º da Lei nº 11.000/2001.





**ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

B.O N° 16E0201000437

1 - 2 1/2

[illegible]

Exames Pericliados: S. Solicitado R. Realizado											
Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R		Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R		Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	
Condiutor <input type="checkbox"/> Recebedor				Matricula		Vatura		Unidade			
Responsáveis	Responsável pelo Preenchimento			Interessado(a):			Preenchimento pela Validação				
	Matricula:			Ass.:			Matricula Nº				
	Ass.:			Nome:			Ass.:				
	Nome:						Nome:				



DOCUMENTO 1 77%



ASL 011-1905/17

Nº 16E0201000437



1ª Via

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/08/2018	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 01/03
Descrição e Natureza 1 - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS		Aviso de Ocorrências do CIODS Nº		
Data (dd/mm/aa) 21/08/2018	Hora (hh:mm) 00:00	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposos <input type="checkbox"/> Dolosos
Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 88				Número
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA		Bairro ZONA RURAL		CEP 65740-000
Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS		
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA
<input type="checkbox"/> OUTROS		<input checked="" type="checkbox"/> TURISTA		
Nome / Razão Social ADRIANO DA SILVA BARBOSA				
Pai JOSE LEALPEREIRA BARBOSA				
Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA BARBOSA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo M	Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado
Data de Nascimento 23/10/1998	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 45 anos)	Escolaridade []
<input checked="" type="checkbox"/> RG 10.306.791	<input type="checkbox"/> CNH	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF 120.886.184-36
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO FIGUEIRAS		Número 2580		Naturalidade OROBÓ-PE
Bairro ZONA RURAL		CEP 65740-000	Município OROBÓ	UF PE
Altura Aparente []		Peso []	Cor da Pele []	1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão NÃO INFORMADA		1. Gordão 2. Sim 3. Não
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA
<input type="checkbox"/> OUTROS		<input checked="" type="checkbox"/> TURISTA		
Nome / Razão Social MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO				
Pai ANTONIO SEVERINO DO NASCIMENTO				
Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado
Data de Nascimento 04/03/2001	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 45 anos)	Escolaridade []
<input checked="" type="checkbox"/> RG NÃO PORTAVA	<input type="checkbox"/> CNH	Órgão Expedidor ---	UF ---	X CPF NÃO PORTAVA
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA ANTONIO EMÍLIO		Número 140		Naturalidade TIMBAÚBA-PE
Bairro CENTRO		CEP 65740-000	Município MACHADOS	UF PE
Altura Aparente []		Peso []	Cor da Pele []	1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão ESTUDANTE		1. Gordão 2. Sim 3. Não
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº 16E0201000437
Série-A
1ª Parte





**ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

BLQ N° 16E0201000437

Série-A
1^o Parte

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SERVICIO REGISTRAL E NOTARIAL DE BARROQUETE, R. Prof.
Mariano de Aquay, 20 (Barroquete, 186).
AUTENTICA, conforme a criminal 13 de mayo de 1922.
Nº 131





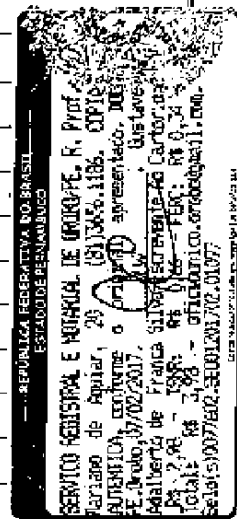
1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O Nº 16E0201000437

1ª FOLHA
2ª

Fato	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/ 08/ 2016	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 03/03		
Modo Operacional	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?				
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?				
	Atropelamento no Local?		Forma de Evaseio?				
	Crimes Sexuais?		Estelionato?				
Objeto Envolvido	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?					
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?					
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?					
	Dados do Veículo	Nº	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam
			UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		Qual o motivo do registro do veículo?					
Nº		Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam	
		UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		Qual o motivo do registro do veículo?					
Nº		ENVOLVIDO NO ACIDENTE DE TRÂNSITO					
		Após tomar conhecimento de um acidente de trânsito na Rod. PE 89, o Viatura deslocou-se ao local constatou a veracidade do fato, onde as vítimas Adriano da Silva Barbosa e Mayara Kelly Silva Nascimento, vindos na moto de placa KKB279 - PE, de propriedade do Sr. José da Silva, a qual estava sendo pilotada pela vítima Adriano, onde o condutor perdeu o controle da mesma e caiu, as vítimas sofreram vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital desta cidade após receber os primeiros socorros, devido a gravidade dos ferimentos foram transferidos para outros Centros Hospitalar.					



Responsáveis	Exames Periclitados: S. Solicitado R. Realizado		Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R
	Condição		<input type="checkbox"/> Recebedor	Matrícula	Vitória	Unidade	
	Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a):		Preenchimento pela Validação		
	Ass.: Nome:		Ass.: Nome:		Ass.: Nome:		





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAYANA KELLY SILVA NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 140481434-50, residente e domiciliado na RUA ANTONIO EMÍDIO, Nº 140, CENTRO, Cidade MACHADOS, Estado PERNAMBUCO, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mayana Kelly Silva Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Imania do Carmo da Silva

Quelô-PE, 13 de março de 2017

Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT 3.8 21-MAR-2017 18:46 0382439 1/1





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAYANA KELLY SILVA NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 140481434-50 residente e domiciliado na RUA ANTONIO EMÍDIO, Nº 140, CENTRO Cidade MACHADOS Estado PERNAMBUCO 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mayana Kelly Silva Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Imania do Carmo da Silva

Quelô-PE, 13 de março de 2017

Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT 3 B 21-MAR-2017 18:46 0387439 1/1



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 140481434-50 residente e domiciliado na RUA ANTONIO EMÍLIO, Nº 140, CENTRO Cidade MACHADOS Estado PERNAMBUCO, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mayara Kelly Silva Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Amara do Carmo da Silva

Osobó-PE, 13 de março de 2017

Local e data

XEROX 100% DPVAT 3 8 21-08-2017 10:46 090749 1/1



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 140481434-50 residente e domiciliado na RUA ANTONIO EMÍDIO, Nº 140, CENTRO Cidade MACHADOS Estado PERNAMBUCO, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mayara Kelly Silva Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maria do Carmo da Silva

Osobó-PE, 13 de março de 2017

Local e data

EXARDOSE LIDE DPVAT 3 8 21-03-2017 10:46 098749 1/1



DOCUMENTO 2 "12h"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE MACIÁ-03

DISTRITO DE MACIÁ-03

NASCIMENTO N° 13.240

Eu, MARTA DAS GRAÇAS DA SILVA, OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 4, vs. do livro "A" N° 11, do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO,

nascida aos quatro (04) de março (03)
de dois mil e um (2001)

às 23 : 15 horas, na Internidade Darcy Vargas, na cidade
de Timbaúba-PE, do sexo feminino, de cor branca,

filha de ANTÔNIO SEVERINO DO NASCIMENTO, natural de Maciá-03-PE,

e MARIA DO CARMO DA SILVA, natural de Limoeiro-PE, do leg. ele agricultor,
sendo avós paternos SEVERINO MANOEL DO NASCIMENTO,

e MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO,

e avós maternos ANTÔNIO FELIX DA SILVA,

e SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO, ele falecido,

Foi declarante o próprio genitor,

e serviram de testemunhas Ivonete Alves de Andrade Miron e Jaílton Pedro Xavier,
ambos brasileiros, maiores e residentes nesta cidade,

Observações: Lavrado conforme a Legislação em vigor,

SECRETARIA DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO

BELO



SECRETARIA DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO

AAK 90619

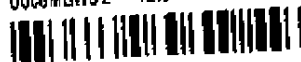
Registro de acordo com a lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

MACIÁ-03, 15 de junho (06) de 2001.

Marta das Graças da Silva
Oficial

DOCUMENTO 2 "12h"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE MACIÁ-03

DISTRITO DE MACIÁ-03

NASCIMENTO N° 13.240

Eu, MARTA DAS GRAÇAS DA SILVA, OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. § 4, vs. do livro "A" N° 11, do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO,

nascida aos quatro (04) de março (03)
de dois mil e um (2001)

às 23 : 15 horas, na Internidade Darcy Vargas, na cidade
de Timbaúba-PE, do sexo feminino, de cor branca,

filha de ANTÔNIO SEVERINO DO NASCIMENTO, natural de Maciá-03-PE,

e MARIA DO CARMO DA SILVA, natural de Limoeiro-PE, do leg. ele agricultor

sendo avós paternos SEVERINO MANOEL DO NASCIMENTO,

e MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO,

e avós maternos ANTÔNIO FELIX DA SILVA,

e SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO, ele falecido,

Foi declarante o próprio genitor,

e serviram de testemunhas Ivonete Alves de Andrade Miron e Jaílton Pedro Xavier

ambos brasileiros, maiores e residentes nesta cidade,

Observações: Lavrado conforme a Legislação em vigor,



Registro de acordo com a lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

MACIÁ-03, 15 de Junho (06) de 2001.

Marta das Graças da Silva
Oficial



DOCUMENTO 2 1234



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: MACHA-OS

DISTRITO DE: MACHADOS

NASCIMENTO N° 13-240

Eu, MARTA DAS GRAÇAS DA SILVA, OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 84, vs. do livro "A" N° 11, do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO,

nascida aos quatro (04) de março (03)
de dois mil e um (2001)

às 23 : 15 horas, na Maternidade Ercy Vargas, na cidade
de Timbubá-PE, do sexo feminino, de cor branca,

filha de ANTÔNIO SEVERINO DO NASCIMENTO, natural de Itanhém-PE,

e MARTA DO CARMO DA SILVA, natural de Limoeiro-PE, de leg. e de prof.

sendo avós paternos SEVERINO MANOEL DO NASCIMENTO,

e MARTA JOSEFA DA CONCEIÇÃO,

e avós maternos ANTÔNIO FELIX DA SILVA,

e SEVERINA MARTA DA CONCEIÇÃO, já falecido,

Foi declarante o próprio genitor,

e serviram de testemunhas Ivone de Alencar de Andrade Miron e Jailton Pedro Xavier

ambos brasileiros, maiores e residentes nesta cidade,

Observações: Lavrado conforme a legislação em vigor,



AAK 94619

Registro de acordo com a lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

MACHADOS, 15 de junho (06) de 2001.

Marta das Graças da Silva
Oficial





DOCUMENTO 2 1234



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: MACHA-OS

DISTRITO DE: MACHADOS

NASCIMENTO Nº 13.240

Eu, MARTA DAS GRAÇAS DA SILVA, OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 84, vs. do livro "A" Nº 11, do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO,

nascida aos quatro (04) de março (03)
de dois mil e um (2001)

às 23 : 15 horas, na Maternidade Ercy Vargas, na cidade
de Timbubá-PE, do sexo feminino, de cor branca,

filha de ANTÔNIO SEVERINO DO NASCIMENTO, natural de Itanhém-PE,

e MARTA DO CARMO DA SILVA, natural de Limoeiro-PE, de leg. e de prof.

sendo avós paternos SEVERINO MANOEL DO NASCIMENTO,

e MARTA JOSEFA DA CONCEIÇÃO,

e avós maternos ANTÔNIO FELIX DA SILVA,

e SEVERINA MARTA DA CONCEIÇÃO, já falecido,

Foi declarante o próprio genitor,

e serviram de testemunhas Ivone de Almeida Miron e Jailton Pedro Xavier

ambos brasileiros, maiores e residentes nesta cidade,

Observações: Lavrado conforme a legislação em vigor,



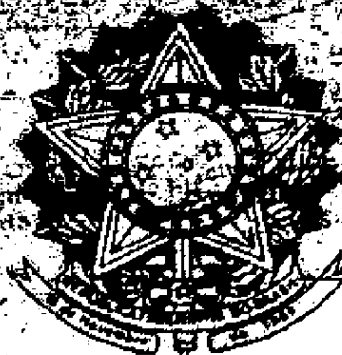
Registro de acordo com a lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

MACHADOS, 15 de junho (06) de 2001.

Marta das Graças da Silva
Oficial





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: MACHA-OS

DISTRITO DE: MACHAÇOS

NASCIMENTO N° 13.240

Eu, MARTA DAS GRAÇAS DA SILVA, OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.
CERTIFICO que às fls. 84, vs. do livro "A" N° 31, do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO,
nascida aos quatro (04) de março (03)
de dois mil e um (2001)
às 23 : 15 horas na Maternidade Darcy Vargas, na cidade
de Timbaúba-PE, do sexo feminino, de cor branca,
filha de ANTÔNIO SEVERINO DO NASCIMENTO, natural de Machados-PE,
e MARIA DO CARMO DE SILVA, natural de Limoeiro-PE, de lar, ela agricult
sendo avós paternos SEVERINO MANOEL DO NASCIMENTO,
e MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO,
e avós maternos ANTÔNIO FELIX DA SILVA,
e SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO, ela falecida,
Foi declarante o próprio genitor,
e serviram de testemunhas Ivonete Alves de Andrade Nixon e Jailton Pedro Xavier
ambos brasileiros, maiores e residentes nesta cidade.
Observações: Lavrado conforme a Legislação em vigor.



Marta das Graças da Silva

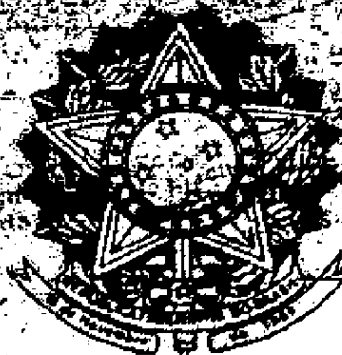
Oficial do Registro Civil
Cartório do Registro Civil do Tribunal do
de Machados-PE, Rua da Constituição nº 100

Registro de acordo com a Lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

MACHAÇOS, 15 de junho (06) de 2001.

Marta das Graças da Silva
Oficial



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: MACHA-OS

DISTRITO DE: MACHAÇOS

NASCIMENTO N° 13.240

Eu, MARTA DAS GRAÇAS DA SILVA, OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.
CERTIFICO que às fls. 84, vs. do livro "A" N° 31, do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO,
nascida aos quatro (04) de março (03)
de dois mil e um (2001)
às 23 : 15 horas na Maternidade Darcy Vargas, na cidade
de Timbaúba-PE, do sexo feminino, de cor branca,
filha de ANTÔNIO SEVERINO DO NASCIMENTO, natural de Machados-PE,
e MARIA DO CARMO DA SILVA, natural de Limoeiro-PE, de lar, ela agricult
sendo avós paternos SEVERINO MANOEL DO NASCIMENTO,
e MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO,
e avós maternos ANTÔNIO FELIX DA SILVA,
e SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO, ela falecida,
Foi declarante o próprio genitor,
e serviram de testemunhas Ivonete Alves de Andrade Nixon e Jailton Pedro Xavier
ambos brasileiros, maiores e residentes nesta cidade.
Observações: Lavrado conforme a Legislação em vigor.



Marta das Graças da Silva

Oficial do Registro Civil
Cartório do Registro Civil do T.º Tabelionato
da Comarca de Machados - Pernambuco

Registro de acordo com a Lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

MACHAÇOS, 15 de junho (06) de 2001.

Marta das Graças da Silva
Oficial



Prefeitura Municipal
de Machados



Comprovação de ato declaratório 2



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandra, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 21/08/2016 HORA: 00:10Hs REGISTRO: _____
NOME: Mayara Kelly da Silva Nascimento
SEXO: F IDADE: 15A ESTADO CIVIL: Solt. DATA NASC.: 04/03/2001
ENDEREÇO: R. Antônio Emílio - Machados - PE
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Taciely Teimma (Branã)
QUEIXAS: _____

Paciente sofreu ac. de motor (sic),
apresentando feridas abertas contusas
no Joelho E, pé Esq. e perna esq.
acompanhadas de M.D.
Transtorno motor esq. com edema e dor.
curar com curativos.
Abdomem - depressão moderada
Arteriais - limpo.
consciente, orientado, pulso cheio
PA = 110 x 80
HGU
4985729

Certidão Unico: José Nilton de Machados-PE
autenticada e presente copia reproduzida conforme o
original a mim apresentada, do que dou fé.
Machados, 21/08/2016 Dr. Cesar da Veiga
Código: 25 3, 12 - SOTISA ADRIANO DA SILVA
(Substituto) [Assinatura]

Válida eletronicamente com o selo 0016760.1380920150.00100
Contratado o Selo Digital em www.tjpe.jus.br/sistema1911

☐ () OBSERVAÇÃO ☐ () ÓBITO ☐ () ALTA

☒ PROCEDIMENTO

[Assinatura]

MÉDICO

RECEPCIONISTA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME: Mayara Kelly Silva Nascimento **02 (DUAS) VIAS**

NOME DA MÃE: DAYAO ALMEIDA

CLÍNICA: ENFERMARIA: LEITO: Nº DO REGISTRO: 1027031

DATA DE NASCIMENTO: IDADE: PESO: ALTURA: SEXO: ☐ F. ☐ M. ☐

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
Pos op de fratura 3 MTC

COMORBIDADES:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):
Retirada de material de síntese

DATA DA INTERNAÇÃO: 31/08/17 DATA DA ALTA: 31/08/17 DIAS DE INTERNAÇÃO:

COORDEADOR DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: CARIMBO/RECEITA/ATENDIMENTO:

COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1	ORLUBRÃO	<u>Dra Sandra Paiva</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr Felipe Mesquita</u>	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr Danilo Rocha</u>	
4	ANESTESISTA	<u>Dr Jélio Maia</u>	
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE

☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE FATOR DE COAGULAÇÃO ☐ REMEDIARISE

☐ ALDIANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

31/08/17 - Retirada de fio K em 3 MTC Esq.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: Cefalexina e Dipirona

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de 3 MTC E

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: BEG

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS: OBTO: ☐ IM ☐ SVO ☐ SO

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: Retorno ao ambulatório da Dra Sandra Paiva em 07 dias

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Departamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA: 31.08.17

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 13:24:46
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031313244591400000058244797
Número do documento: 20031313244591400000058244797

59226817-13/03/2020 13:24:46



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 13:24:46
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031313244591400000058244797>
 Número do documento: 20031313244591400000058244797



Prefeitura Municipal
de Machados



Comprovação de ato declaratório 2



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandra, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 21/08/2016 HORA: 00:10Hs REGISTRO: _____
NOME: Mayara Kelly da Silva Nascimento
SEXO: F IDADE: 15A ESTADO CIVIL: Solt. DATA NASC.: 04/03/2001
ENDEREÇO: R. Antônio Emílio - Machados - PE
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Taciely Teimma (Branã)
QUEIXAS: _____

Paciente sofreu ac. de motor (sic),
apresentando feridas abertas contusas
no Joelho E. p. Esg. e perna esq.
acompanhadas de M.D.
Trauma mto esq. com edema e dor.
Cabeça sem comprometimento.
Abdomem - dor abdominal moderada
AR - Pulmões limpos.
corrente, avermelhada, pulso cheio
PA = 110 x 80
HGV
4985729

Certidão Unico: José Nilton de Machados-PE
autenticada e presente cópia reproduzida conforme a
original a mim apresentada, do que dou fé.
Machados, 21/08/2016 Dr. Cesar da Veranda
Código: 25 3, 12 - SOTISA ADRIANO DA SILVA
(Substituto) [Assinatura]

Válida somente com o selo 0016760.13809201501.00100
Contratado o Selo Digital em www.tjpe.jus.br/sistema1911

☐ () OBSERVAÇÃO ☐ () ÓBITO ☐ () ALTA

☒ PROCEDIMENTO

[Assinatura]

MÉDICO

RECEPCIONISTA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME: Mayara Kelly Silva Nascimento **02 (DUAS) VIAS**

NOME DA MÃE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

CLÍNICA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ Nº DO REGISTRO: 1027031

DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ SEXO: ☐ F. ☐ M. ☐

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
Pos op de fratura 3 MTC

COMORBIDADES: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):
Retirada de material de síntese

DATA DA INTERNAÇÃO: 31/08/17 DATA DA ALTA: 31/08/17 DIAS DE INTERNAÇÃO: _____

COORDEADOR DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____ CID: _____ CARIMBO/RECEITA/ATENDIMENTO: _____

COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1	ORLUBRÃO	<u>Drª Sandra Paiva</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Felipe Maguila</u>	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Danilo Rocha</u>	
4	ANESTESISTA	<u>Dr. Jélio Maia</u>	
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE

☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE FATOR DE COAGULAÇÃO ☐ REMEDIARISE

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

31/08/17 - Retirada de fio K em 3 MTC Esq.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: Cefalexina e Dipirona

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de 3 MTC E

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: BGG

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS: _____

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: Retorno ao ambulatório de Drª Sandra Paiva em 07 dias

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Departamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA: 31.08.17

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 13:24:46

59226817 13/03/2020 13:24:46



CONSULTA	0301010170				
GLOBULINA	0202000200			RAIO X	
AC. URICO	0202010120			ANTERNAÇO	0204000010
ALBUMINA	0202010027			ABDOMEN SUPERIOR AP	0204000100
				ABDOMEN AP-LATERAL	0204000111
BILIRRUBINA	0202010201			BACIA	0204000000
CALCIO	0202010210			BRACO	0204000001
CLORETO	0202010200			COTOVELO	0204000070
COLESTEROL	0202010200			CALCANEO	0204000100
CREATININA	0202010317			COLUMA CERVICAL	0204000000
CULTURA GERAL	0202000000			CRANIO PANTALATERAL	0204000000
DESHIDROGENASE	0202010300			CRANIO PANTALATERAL	0204000071
ESABA	0202010400			COXA	0204000117
GASOMETRIA	0202010732			COL. TORACO-LOMBAR	0204000107
GLICOSE	0202010473			CLAVICULA	0204000000
HEMOCULTURA	0202000100			FACE	0204000100
HEMOGRAMA	0202020000			FEMUR	0204000000
HEMOGLOBINA	0202020000			JOELHO	0204000100
LEUCOGRAMA	0202020000			JOELHO AP-LATERAL	0204000100
LOR	0202000000			MAO	0204000000
POFORD	0202010430			OMERO	0204000100
POFALCALINA	0202010432			PE	0204000100
MAGNESIO	0202010432			TORAX AP	0204000170
MELIOGRAMA	0202000100			TORAX AP E PERFIL	0204000100
MUCOPROTEINA	0202010070			PUNHO	0204000100
PARASITOLOGICO	0202000100			PERNA	0204000100
PCR	0202000100			MANDIBULA	0204000000
PROT. TOTAL	0202010010			ULTRASSONOGRAFIA	
PESQUISA BK	0202000072			ABDOMEN SUPERIOR	0204000000
POTASSIO	0202010000			ABDOMEN TOTAL	0204000000
SODIO	0202010000			TORAX	0204000100
TSIC	0202020000			PELVICA	0204000100
TEMP. BANG.	0202020100			TRANSVAGINAL	0204000100
TEMP. COAX.	0202020070			BOLSA ESCROTAL TIREÓIDE	0204000070
TRIGLICERIDO	0202010070			TIREÓIDE	0204000100
TGO	0202010040			MAMA	0204000000
YGP	0202010040			PRÓSTATA	0204000100
TPAR	0202000000			VIA URINÁRIA	0204000000
URINIA	0202010000			TOMOGRAFIA	
VDRL	0202010110			COLUMA CERVICAL	0204000100
CONC. HEMACIA	0204000000			COLUMA LOMBO - SACRA	0204000000
CONC. PLASMA	0204000000			COLUMA TORÁCICA	0204000000
CONC. PLASQUETA	0204000000			FACE	0204000000
PRE TRANSF. I	0204000000			PRESCOCO	0204000000
PRE TRANSF. II	0204000000			BELA TURCICA	0204000000
NEBULIZAÇÃO	0204000000			CRANIO	0204000000
HISTOPATOLOGICO	0204000000			COMPUTADORIZADA	0204000000
ECG	0204000000			MEMBROS SUPERIORES	0204000000
EEG	0204000000			SECLAPENDICULARES	0204000000
FUNGAO	0204000000			TORAX	0204000000
TRAÇÃO	0204000000			ABDOMEN SUPERIOR	0204000000
				MEMBROS SUPERIORES	0204000000
				PELVICA	0204000000
				PRÓST. RESP.	0204000000
				PRÓST. MOTORA	0204000000
				CURATIVO	0204000000



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010016374-2

Nr. da Autenticação 8DE8DEFB6BCEC7EA



[illegible]



Terça, 22 de Março de 2017 09:44:11
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Rua João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50030-002
CNPJ 10.813.022/0001-03 | Ins. Est. 0085941-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DO CARMO LILIANA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO ENRICO 140

CPF: 020.273.234-10 / INS. 18435884551

CENTRO MACHADOS
MACHADOS PE
95740-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BANDA LARGA COM FAS
NOMINADA

CONTA CONTRATADA
1293883021
DATA DE VENCIMENTO
01/09/2018
MÊS ANO
08/2018
DATA DE FÉTIMENTO
26/09/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
28,49

INÍCIO DA FATURA
03/08/2018
FIM DA FATURA
26/08/2018
DATA DE VENCIMENTO
01/09/2018
MÊS ANO
08/2018

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,16562956	4,98
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	64,0000000	0,27261945	17,48
Contribuição Rápido de Ponto			2,15
Multa por atraso - R\$ 0,001327150 - 25/08/18			0,51
Multa por atraso - R\$ 0,001327150 - 27/08/18			0,53
Juros por atraso - R\$ 0,001327150 - 27/08/18			0,25
Juros por atraso - R\$ 0,001327150 - 29/08/18			0,57
PRO. CRIANÇA AL. (R\$ 134,88000) 0800 031 8888			2,00

TOTAL DA FATURA

28,49

PERÍODO	TÍPO DA FATURA	DATA	INÍCIO DA FATURA	FIM DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA FATURA	VALOR A PAGAR	CONSUMO (kWh)
03/08/2018	Ativo	03/08/2018	03/08/2018	26/08/2018	01/09/2018	28,49	28,49	94,00

PERÍODO	TÍPO DA FATURA	DATA	INÍCIO DA FATURA	FIM DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA FATURA	VALOR A PAGAR	CONSUMO (kWh)
03/08/2018	Ativo	03/08/2018	03/08/2018	26/08/2018	01/09/2018	28,49	28,49	94,00

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

PERÍODO	TÍPO DA FATURA	DATA	INÍCIO DA FATURA	FIM DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA FATURA	VALOR A PAGAR	CONSUMO (kWh)
03/08/2018	Ativo	03/08/2018	03/08/2018	26/08/2018	01/09/2018	28,49	28,49	94,00

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

PERÍODO	TÍPO DA FATURA	DATA	INÍCIO DA FATURA	FIM DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA FATURA	VALOR A PAGAR	CONSUMO (kWh)
03/08/2018	Ativo	03/08/2018	03/08/2018	26/08/2018	01/09/2018	28,49	28,49	94,00

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

SENA RECORD LINEO DATA 14 21-08-2017 18:47 038755 1/1



DOCUMENTO 2 "T24"



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____

CPF nº 140481434-50, 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 ANTONIO EMILIO</u>
Número	<u>140</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>MACHADOS</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55740-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99696-4999-99706-5834</u>
E-mail	<u>elxassmaria6@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Osorio, PE, 13 de março de 2017Assinatura do Declarante: Mayara Kelly Silva NascimentoMaria do Carmo da Silva

SISTEMA DE AUTENTICAÇÃO 5.4 21-08-2017 10:17:09 99754 1/1



Comprovante de residência



União Local de Energia Elétrica Cidreira pelo tel 16834 de 250002
NOVA SINCRA - YATUNA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Ceilense de Força Elétrica
 Av. José de Barros, 181, Rua Yotã, Yatuna, Pernambuco - CEP 55050-002
 CNPJ 10.935.028/0001-01 Ins. En. 1903943-03 www.celpe.com.br

NOME DO CLIENTE
 MARIA DO CARMO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ANTONIO EMÍLIO 140

CPF: 078 273 234-10 NIS: 18435884581

CENTRO DE CUSTÓDIAS
 MACHADOS PE
 51140-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 BARRA REMO COSMOS
 100000000

1283883021 08/2018
 01/09/2016 28/09/2016
 TOTAL A PAGAR (R\$) 29,49

DATA DE VENCIMENTO
 01/09/2016 28/09/2016
DATA DE PAGAMENTO
 28/09/2016 28/09/2016

RESUMO DE CONSUMO

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo 08-28 kWh	80,000000	0,1867255	14,98
Consumo Ativo Suspense 0 kWh	0,000000	0,2174795	0,00
Consumo Ativo Suspense 0 kWh	0,000000	0,2174795	0,00
Multa por atraso NF 000132728 - 2505/15			0,50
Multa por atraso NF 000277380 - 27/05/16			0,00
Juros por atraso NF 000277380 - 27/05/16			0,00
Juros por atraso NF 000132728 - 25/05/15			0,00
Juros por atraso NF 000132728 - 25/05/15			0,00
PRO-CREME (COP) 000132728 - 25/05/15			0,00

TOTAL DA FATURA

29,49

TP DO	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA
CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001

TP DO	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA
CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001

CONSUMO ATIVO 08-28 kWh
 Consumo Ativo Suspense 0 kWh
 Consumo Ativo Suspense 0 kWh
 Multa por atraso NF 000132728 - 2505/15
 Multa por atraso NF 000277380 - 27/05/16
 Juros por atraso NF 000277380 - 27/05/16
 Juros por atraso NF 000132728 - 25/05/15
 Juros por atraso NF 000132728 - 25/05/15
 PRO-CREME (COP) 000132728 - 25/05/15

TP DO	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA
CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001

TP DO	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA
CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001

1283883021 08/2018
 01/09/2016 28/09/2016
 TOTAL A PAGAR (R\$) 29,49



553.800000 LINDA 3 4 21-09-2017 10:47 098735 1/1



Comprovante de residência



Unidade de Fornecimento Elétrica Citada pelo tel 16434 de 250002
 NOVA SINCRA - YATUNA - COMTA DE SABARIA ELÉTRICA
 Companhia Celpe de Pernambuco
 Av. José de Barros, 181, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51000-002
 CNPJ 10.935.028/0001-01 Ins. Est. 1603943-03 www.celpe.com.br

NOME DO CLIENTE
 MARIA DO CARMO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ANTÔNIO EMÍLIO 140

CPF: 078 273 234-10 NIS: 18435884581

CENTRO DE CUSTÓDIAS
 MACHADOS PE
 51140-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 BARRA REMOVIDA COSMOS
 100000000

1283883021 08/2018
 01/09/2016 28/09/2016
 TOTAL A PAGAR (R\$) 29,49

DATA DE VENCIMENTO
 01/09/2016
 DATA DE PAGAMENTO
 28/09/2016

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR
Consumo Ativo 100 kWh	90,0000000	0,1567255	14,10
Consumo Ativo 200 kWh	84,0000000	0,2174795	18,28
Consumo Ativo 300 kWh			2,15
Multa por atraso - R\$ 0,05 por kWh - 1500 kWh			0,75
Multa por atraso - R\$ 0,05 por kWh - 2700 kWh			1,35
Juros por atraso - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh			0,21
Juros por atraso - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh			0,21
PRO-CREME (COP 300) - 2,000 000 001 0000			2,00

TOTAL DA FATURA 29,49

TP DO	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA	TP DA
CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR
Consumo Ativo 100 kWh	90,0000000	0,1567255	14,10
Consumo Ativo 200 kWh	84,0000000	0,2174795	18,28
Consumo Ativo 300 kWh			2,15
Multa por atraso - R\$ 0,05 por kWh - 1500 kWh			0,75
Multa por atraso - R\$ 0,05 por kWh - 2700 kWh			1,35
Juros por atraso - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh			0,21
Juros por atraso - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh			0,21
PRO-CREME (COP 300) - 2,000 000 001 0000			2,00

CONSUMO ATIVO 100 kWh
 CONSUMO ATIVO 200 kWh
 CONSUMO ATIVO 300 kWh
 MULTA POR ATRASO - R\$ 0,05 por kWh - 1500 kWh
 MULTA POR ATRASO - R\$ 0,05 por kWh - 2700 kWh
 JUROS POR ATRASO - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh
 JUROS POR ATRASO - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh
 PRO-CREME (COP 300) - 2,000 000 001 0000

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR
Consumo Ativo 100 kWh	90,0000000	0,1567255	14,10
Consumo Ativo 200 kWh	84,0000000	0,2174795	18,28
Consumo Ativo 300 kWh			2,15
Multa por atraso - R\$ 0,05 por kWh - 1500 kWh			0,75
Multa por atraso - R\$ 0,05 por kWh - 2700 kWh			1,35
Juros por atraso - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh			0,21
Juros por atraso - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh			0,21
PRO-CREME (COP 300) - 2,000 000 001 0000			2,00

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR
Consumo Ativo 100 kWh	90,0000000	0,1567255	14,10
Consumo Ativo 200 kWh	84,0000000	0,2174795	18,28
Consumo Ativo 300 kWh			2,15
Multa por atraso - R\$ 0,05 por kWh - 1500 kWh			0,75
Multa por atraso - R\$ 0,05 por kWh - 2700 kWh			1,35
Juros por atraso - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh			0,21
Juros por atraso - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh			0,21
PRO-CREME (COP 300) - 2,000 000 001 0000			2,00

CONSUMO ATIVO 100 kWh
 CONSUMO ATIVO 200 kWh
 CONSUMO ATIVO 300 kWh
 MULTA POR ATRASO - R\$ 0,05 por kWh - 1500 kWh
 MULTA POR ATRASO - R\$ 0,05 por kWh - 2700 kWh
 JUROS POR ATRASO - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh
 JUROS POR ATRASO - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh
 PRO-CREME (COP 300) - 2,000 000 001 0000

CONSUMO ATIVO 100 kWh
 CONSUMO ATIVO 200 kWh
 CONSUMO ATIVO 300 kWh
 MULTA POR ATRASO - R\$ 0,05 por kWh - 1500 kWh
 MULTA POR ATRASO - R\$ 0,05 por kWh - 2700 kWh
 JUROS POR ATRASO - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh
 JUROS POR ATRASO - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh
 PRO-CREME (COP 300) - 2,000 000 001 0000

CONSUMO ATIVO 100 kWh
 CONSUMO ATIVO 200 kWh
 CONSUMO ATIVO 300 kWh
 MULTA POR ATRASO - R\$ 0,05 por kWh - 1500 kWh
 MULTA POR ATRASO - R\$ 0,05 por kWh - 2700 kWh
 JUROS POR ATRASO - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh
 JUROS POR ATRASO - R\$ 0,000773280 - 2700 kWh
 PRO-CREME (COP 300) - 2,000 000 001 0000

553.800000 LINDA 3.4 21-09-2017 10:47 098735 1/1