

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS REDES
DE PARLAMENTO NACIONAL DAS REDES
E ABILITACAO NACIONAL DE PARLAMENTO

PE

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO



SOC. IDENTIDADE / OUT. CREDOR / UF
4435464 SEP PE

CPF
817.008.064-91

DATA NASCIMENTO
03/05/1972

RELACAO

GILBERTO VALERIANO DA
COSTA
HELENA MARIA DA SILVA
COSTA

PROFISSAO

ADVOGADO

CAT. HAB.

D

SP. REGISTRO

04324080986

VALIDADE

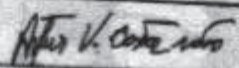
30/09/2023

1ª HABILITACAO

26/03/2008

Observações

BAR



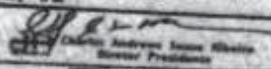
ADMINISTRADOR DO PORTFOLIO

LOCAL

RECIFE, PE

DATA EMISSAO

30/10/2017



Carlos Anderson Jesus Ribeiro
Secretário Presidente

30390611474
PROB1430225

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1487430708

PROIBIDO PLASTIFICAR

1487430708



CÓPIA AUTÊNTICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 15462 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 005A, CIRCUNSCRICAO - CASA AMARELA
 Officio nº. 52/2019 Data: 8/4/2019
 ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 005A, CIRCUNSCRICAO - CASA AMARELA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:35 do dia 8 de Abril de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **RAFAEL NOBERTO DA SILVA** filho(a) de **PAI NADA DECLARADO** e de **GILVANEIDE MARIA DA SILVA**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **NÃO INFORMADO**, aparentando a idade de **34 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **Documento: Carteira de trabalho - NUMERO 35261, SÉRIE 00101PE**, profissão **NÃO INFORMADO**, endereço **RUA ALTO SANTA HELENA, nº 95, complemento: NÃO INFORMADO**, bairro **NOVA DESCOBERTA**, telefone/s **NÃO INFORMADO**, **RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estas questões:

Periclaando refere atropelamento caminhão x bicicleta em 22/10/18. Refere atendimento inicial pelo SAMU, que o encaminhou para o Hospital da Restauração (HR). Acompanha-se da ficha de esclarecimento do HR assinada pelo Drº Franklin Serra, CRM 7874, que diz "... Fratura fechada de fêmur direito (atropelamento caminhão x bicicleta). TAC de crânio e coluna cervical: sem lesões NCR. Tala inguino-podálica direita..." Periclaando refere que do HR foi transferido para o Hospital Memorial Jaboatão. Acompanha-se de laudo médico assinado pelo Drº Leonardo Costa Gonçalves de Oliveira, CRM 23550, que diz "... Data do Internamento: 24/10/18, data da cirurgia: 31/10/18, data da alta: 02/11/18. O paciente teve Internado em nosso serviço, onde foi submetido a tratamento cirúrgico. Necessita afastar-se de suas atividades por 90 dias..." Informa que recebeu alta do ortopedista e que já voltou a trabalhar. Diz que encontra-se terminando a segunda sessão de fisioterapia.

Exame Físico:

Presença de cicatrizes lineares hipertrômicas, hipertóficas, localizadas em coxa direita e joelho direito medindo entre 25 e 70 mm. Força presente na coxa e na perna direita, movimentando ativamente o joelho direito.

Solicitação documentação fotográfica:

QUESTIONS

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias.

Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
 Rua Espírito Santo Mártires, 111 - Cap. Araruama - RJ - CEP: 27020-360 - Tel.: (81) 3204-4722
 Tabela: Maria da Conceição da Costa Lima
AUTENTICAÇÃO
 Autenticamos a presente cópia fotográfica extrída desta certidão.
 que confirma nome o original. Dou fé.
 Recife, 09 de julho de 2019 11:54:31.

La testamento
 Indrigo (Joaquim) dos Santos (Substituto)
 Selo: 0073890.M7008211001.03399
 Emel.: PT 230 130005 0 68 FTR: 00 0 34 FTR010 43 FTR01 0 2 PT 155 04 47 Total
 Oculista:  oculista@rednetboc.com.br www.net.br/oculista@rednetboc.com.br





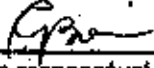
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

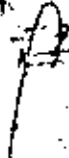
4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Sim. Deformidade permanente (Cicatrizes).

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE BASTOS DUARTE - CRM 11974.


Perito responsável.

Rafael Roberto da Silva

420/19
07 05 2019


Rafael Roberto da Silva
CPF 123.456


Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
Rua Senador Oreste Lages, 111 - Casa Amarela - Recife - PE - CEP: 51.040-132
Fone: (81) 3224-1122
Autentico a presente cópia xerografada extraída de uma autentica
que contém em o original. Dou fé.
Em testemunho
Itadigo Gonçalves dos Santos (Substituto) da verdade.
Selo: 00/3890.MI-008701901.03398
Em 07 de maio de 2019, às 14h00min, em Recife, PE.


Distrito da Casa Amarela

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0242464/19

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA
SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA
CPF: 016.394.914-06

RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patrícia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA
Data do Acidente: 22/10/2018 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01639491406

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVIS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

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

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL NOBERTO DA SILVA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 016394914-06
E-mail: 81986714099
Data: 09/07/2019 Assinatura: Rafael

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): CORREIOS
Atendente: MAHEZZE GUEDES Matrícula: 85082953
Data: 09/07/2019 Assinatura: [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242464/19

Número do Sinistro: 3190433755

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA
SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Outros



RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA
CPF: 016.394.914-06

RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242464/19

Número do Sinistro: 3190433755

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA
SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Outros



RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA
CPF: 016.394.914-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

RAFAEL NOBERTO DA SILVA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0441589/19

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190433755 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 22/10/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. (IML)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190433755 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 22/10/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. (IML)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE

Rafael Roberto da Silva

Portador (a) do documento de identidade n. 6.298.010, expedido por SSPE, em

31/05/19 inscrito no CPF sob o n. 016.394.914-06, residente na

Rua Alto Santa Helena n. 95
complemento Coro, Barrio Nova Descoberta cidade Recife, Estado PE

2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade n. 4416464, expedido por SSP-PE, em

10 / 05 /2013 inscrito no CPF sob o n. 81700806491, residente na

RUA APULEU VIEIRA n. 113 complemento CASA, Barrio VARZIA
cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de **INVALIDEZ PERMANENTE**, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente 22/10/2018

Recife 04 de dezembro de 2019

OUTORGANTE Rafael



Cartada
CARLOS MARINHO
O. Oficial de Notas, RI e RSCDP de Olinda/PE

R. Cel. Henrique Guimarães, 17 Bairro Novo-Olinda PE
CEP 55010-500 - Fone: 81 3011.7800 - Fax: 81 3011.7802
atendimento@cartadoculosemarchivo.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de RAFAEL ROBERTO DA SILVA em 04/12/2019 as

18:17:04, dou fe Em test. da verdade

Escrevente: ANDERSON DIOGO DOS SANTOS, EMOL 3,50, TSNR 0,80

PERC 0,40, FERM 0,04, FUNSEG 0,08 TOTAL 4,91. Consulte autenticidade

em: www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo:0073452.OEV11201803.00807



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242464/19

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

CPF: 016.394.914-06

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 22/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA
CPF: 016.394.914-06

RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242464/19

Número do Sinistro: 3190433755

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

CPF: 016.394.914-06

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 22/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA
CPF: 016.394.914-06

RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242464/19

Número do Sinistro: 3190433755

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA
CPF: 016.394.914-06

RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0441589/19

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190433755

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Data do Acidente: 22/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT



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

CPF: 01639491406 Nome completo da vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

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

Nome completo: RAFAEL NOBERTO DA SILVA CPF: 01639491406

Profissão: OP. DE MAQUINA Endereço: RUA AZTO SANTA HEZENA Número: 95 Complemento:

Bairro: NOVA DESCOBERTA Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52090-200

E-mail: Tel.(DDD): (81) 986714098

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1582 CONTA: 000140635

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: RECIFE, 09/07/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA
CPF: 01639491406

Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

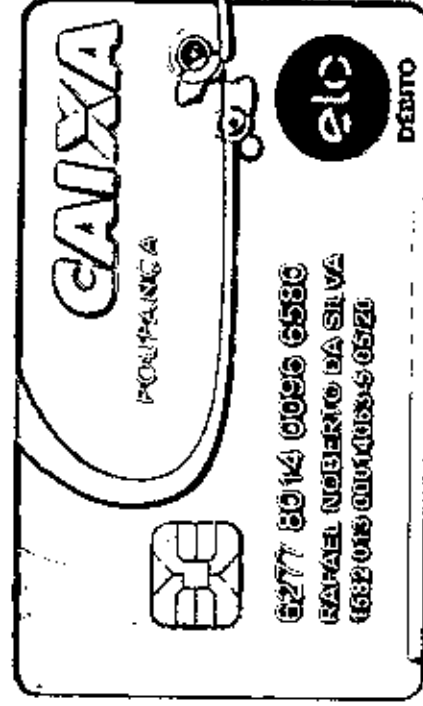
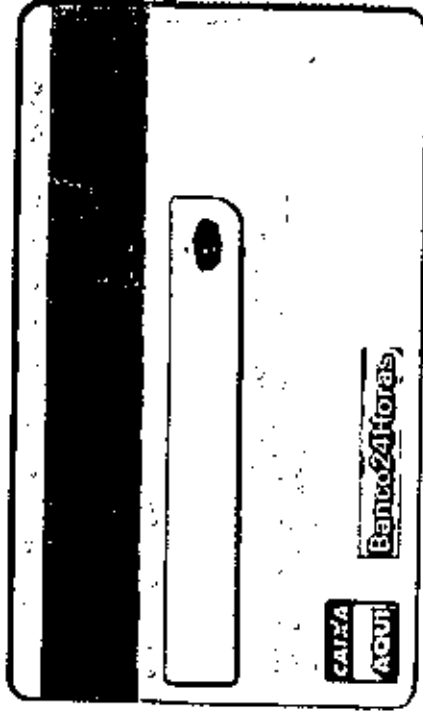
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
2º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





AUTO-ATENDIMENTO - AG.CASA AMARELA

DATA: 08/07/2019

HORA: 10:43:44

TERMINAL: 00491030

CONTROLE: 004910300160

AGÊNCIA: 1582 - RECIFE ANTIGO

CONTA: 013.00014063-5

CLIENTE: RAFAEL ROBERTO DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
12/06	31,71
28/06	27,62

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTORICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			59,11C
Junho			
12/06	000000	REM BASICA	0,00C
12/06	000000	CRED JUROS	0,12C
28/06	000000	REM BASICA	0,00C
28/06	000000	CRED JUROS	0,10C

Julho

02/07	021402	DP DIN LOT	100,00C
04/07	041814	SAQUE ATM	60,000
04/07	041815	SAQUE ATM	40,000

RESUMO EM 08/07

SALDO	59,33C
-------	--------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	59,33C
------------------	--------

SALDO BLOQUEADO	0,00
-----------------	------

SALDO TOTAL	59,33C
-------------	--------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

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

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

www.caixa.gov.br

0800 726 0101

(informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 726 2492

(para pessoas com
deficiência auditiva)

Ouvidoria

0800 725 7474

(denúncias e reclamações
não solucionadas)

CAIXA

0510920110

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

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

www.caixa.gov.br

0800 726 0101

(informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 726 2492

(para pessoas com
deficiência auditiva)

Ouvidoria

0800 725 7474

(denúncias e reclamações
não solucionadas)

CAIXA

0510920110

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

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

www.caixa.gov.br

0800 726 0101

(informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 726 2492

(para pessoas com
deficiência auditiva)

Ouvidoria

0800 725 7474



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CASA AMARELA

DATA: 09/07/2019

HORA: 10:43:44

TERMINAL: 00491030

CONTROLE: 004910300160

AGÊNCIA: 1582 - RECIFE ANTIGO

CONTA: 013.00014063-5

CLIENTE: RAFAEL ROBERTO DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
12/06	31,71
28/06	27,62

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR,DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	59,11C
--	--	----------------	--------

Junho

12/06	000000	REM BASICA	0,00C
12/06	000000	CRED JUROS	0,12C
28/06	000000	REM BASICA	0,00C
28/06	000000	CRED JUROS	0,10C

Julho

02/07	021402	OP DIN LOT	100,00C
04/07	041814	SAQUE ATM	60,00D
04/07	041815	SAQUE ATM	40,00D

RESUMO EM 08/07

SALDO	59,33C
-------	--------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	59,33C
------------------	--------

SALDO BLOQUEADO	0,00
-----------------	------

SALDO TOTAL	59,33C
-------------	--------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **3790433755** CPF da vítima: **07639491406** Nome completo da vítima: **RAFAEL NOBERTO DA SILVA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **RAFAEL NOBERTO DA SILVA** CPF: **076394914-06**
Profissão: **OPER. MÁQUINA** Endereço: **R: ALTO SANTA HELENA** Número: **95** Complemento: **C**
Bairro: **NOVA DESCOBERTA** Cidade: **RECIFE** Estado: **PE** CEP: **52090-200**
E-mail: **(081) 98548777**

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro D
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior

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

Autorização de pagamento



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada
Local e Data: **RECIFE, 19 DE AGOSTO 2019**
Nome: **RAFAEL NOBERTO DA SILVA**
CPF: **076394914-06**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradonafider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

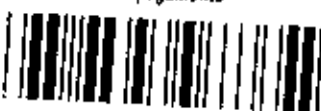
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

ESQUEMA DE PAGAMENTO

DESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3190433755 CPF da vítima: 016.394.914-06 Nome completo da vítima: Rafael Noberto da Silva

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

Nome completo: Rafael Noberto da Silva CPF: 016394.914-06
 Profissão: OP. de maquiagem Endereço: Rua Alvo Santo Helena Número: 95C Complemento: Casa
 Bairro: Nova descoberta Cidade: Recife Estado: PE CEP: 52090-200
 E-mail: (81) 986714099

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1582 CONTA: 00014063 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: Rafael Local e Data: Recife 04 outubro de 2019 Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura de quem assina A ROGO: _____ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____
 Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão **ser representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão **ser assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificando por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 016.394.914-06 4 - Nome completo da vítima: Rafael Noberto da Silva

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

5 - Nome completo: Rafael Noberto da Silva 6 - CPF: 016.394.914-06
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Auto Sonia Helena 9 - Número: 95 10 - Complemento: 11 - Bairro: Nova Descoberta 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52191-500 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9 95305549

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1582 CONTA: 000214063 5 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 04 de dezembro de 2014

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8014 0096 6580

RAFAEL NOBERTO DA SILVA

1582 013 00014063-5 05/20

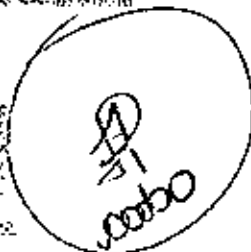
elo

05/02/2019

Boletim de ocorrência



Boletim de Ocorrência



RECEBIDO

10 JUL 2019

Seguradora Lider DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0095000687

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/02/2019 às 14:54

ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado), que aconteceu no dia 22/10/2018 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1, EM FRENTE AO REST. RE DA FICANHA** - Bairro: **CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JM DA SILVA GUINCHOS ME (AUTOR/ AGENTE)
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GLVANEIDE MARIA DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1984** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **985487227**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **HIJ PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **RUA ALTO SANTA HELENA, 96 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DECOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JM DA SILVA GUINCHOS ME - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: **PRACA ALVORADA, 1, BLOCO A, AP 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME, que estava em posse do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Pista: **KIJ 599 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária de Recife
Rua Senador Borges Medeiros, 111 - Casa Amarela - Recife-PE - CEP: 50070-000 - Fone: (81) 3181-4722
Tabela: Mapa da Condição de Costa Lima

AUTENTICAÇÃO

Autentica a presente cópia reproduzida nesta serventia, que contém nome e data de nascimento, em 16 de julho de 2019 às 14:54.

Em testemunha da verdade.

Rodrigo Gonçalves dos Santos (Substituto)

Selo: 0073890-VE-006701901.03401

Imagem: 01/01/2019 14:54:31 (16/07/2019 14:54:31) (16/07/2019 14:54:31) (16/07/2019 14:54:31)

Contato: 0800-0000000 - www.tjpe.jus.br



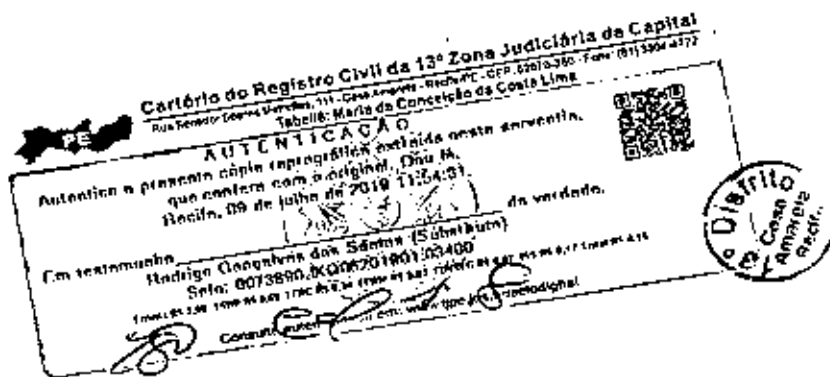
INFORMA A VITIMA QUE AO TRANSITAR DE BICICLETA NA VIA INFORMADA, FOI ATROPELADO PELO VEICULO IDENTIFICADO, E SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, ALEM DE QUEBRAR SUA PERNA DIREITA NA ALTURA DO FEMOR, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMUR E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO. PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

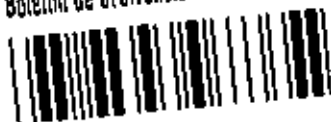
RAFAEL NOBERTO DA SILVA
(VITIMA)



B.D. registrado por: **RICARDO LIMA DE FARIAS** - Matrícula: 3848540



Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO 2ª USPO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL 5ª Circunscrição
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ª CIRC
DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0095004250**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/08/2019** às **14:54**

Complementa o BO Número: **19E0095000687**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/10/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1, EM FRENTE AO REST. REI DA PICANHA** - Bairro:
CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JM DA SILVA GUINCHOS ME (AUTOR/ AGENTE)
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: GILVANEIDE MARIA DA SILVA
Data de Nascimento: **21/11/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6298010/SDS/PE (RG)**
01639491406 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:
- 965487227

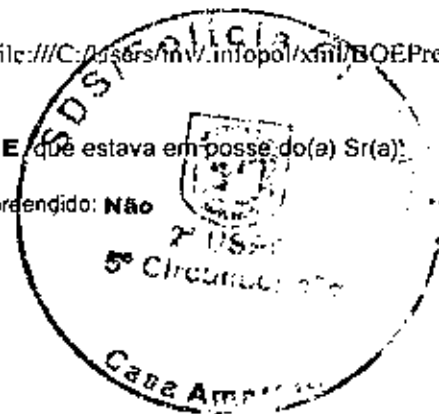
Endereço Residencial: **RUA ALTO SANTA HELENA, 95 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO MINI PREÇO.**

JM DA SILVA GUINCHOS ME - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

Endereço Comercial: **PRACA ALVORADA, 1, BLOCO A, AP 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**, que estava em posse do(a) Sr(a):

JM DA SILVA GUINCHOS ME

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE/NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIJ 599 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

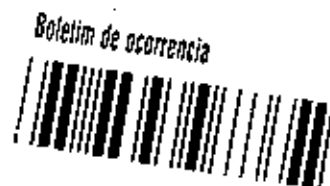
INFORMA A VÍTIMA QUE AO TRANSITAR DE BICICLETA NA VIA INFORMADA, FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO IDENTIFICADO, E SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, ALEM DE QUEBRAR SUA PERNA DIREITA NA ALTURA DO FEMOR, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMUR E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, PEDE PROVIDÊNCIAS.

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


RAFAEL NOBERTO DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **GLEYVSTON NASCIMENTO SILVA** - Matrícula: **319982-7**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0095005129**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2019** às **09:00**

Complementa o BO Número: **19E0095004250**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/10/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1, EM FRENTE AO REST. REI DA PICANHA** - Bairro: **CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JM DA SILVA GUINCHOS ME (AUTOR / AGENTE)
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME



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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GILVANEIDE MARIA DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6298010/SDS/PE (RG), 01639491406 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 985487227**

Endereço Residencial: **RUA ALTO SANTA HELENA, 95 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO MINI PREÇO.**

JM DA SILVA GUINCHOS ME - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

Endereço Comercial: **PRACA ALVORADA, 1, BLOCO A, AP 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO CAMINHAO, PLACA KIJ 5999, ANO 2013. (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/VW/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIJ5999** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9531M52P9DR343**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE AO TRANSITAR DE BICICLETA NA VIA INFORMADA , FOI ATROPELADO PELO VEICULO IDENTIFICADO , E SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO , ALEM DE QUEBRAR SUA PERNA DIREITA NA ALTURA DO FEMOR, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMUR E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, PEDE PROVIDÊNCIAS. ESTE BOLETIM DE OCORRENCIA FOI COMPLEMENTADO PELO BO N° 19E0095004250.

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

Rafael
RAFAEL NOBERTO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ EUGÊNIO NUNES DA SILVA** - Matrícula: **3849279**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC
DIM/5ªDESEC

565390
de 04/1589/19
319068*628

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0095005129**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2019** às **09:00**

Complementa o BO Número: **19E0095004250**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/10/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1, EM FRENTE AO REST. REI DA PICANHA** - Bairro: **CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JM DA SILVA GUINCHOS ME (AUTOR \ AGENTE)
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME



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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: GILVANEIDE MARIA DA SILVA Data de Nascimento: **21/11/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6298010/SDS/PE (RG). 01639491406 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 985487227**

Endereço Residencial: **RUA ALTO SANTA HELENA, 95 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO MINI PREÇO.**

JM DA SILVA GUINCHOS ME - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

Endereço Comercial: **PRACA ALVORADA, 1, BLOCO A, AP 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO CAMINHAO , PLACA KIJ 5999, ANO 2013. (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/VW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIJ5999** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9531M52P9DR343**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE AO TRANSITAR DE BICICLETA NA VIA INFORMADA , FOI ATROPELADO PELO VEICULO IDENTIFICADO , E SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO , ALEM DE QUEBRAR SUA PERNA DIREITA NA ALTURA DO FEMOR, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMUR E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, PEDE PROVIDÊNCIAS. ESTE BOLETIM DE OCORRENCIA FOI COMPLEMENTADO PELO BO N° 19E0095004250.

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

Rafael
RAFAEL NOBERTO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Jose* **JOSÉ EUGÊNIO NUNES DA SILVA** - Matrícula: **3849279**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0095000687

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/02/2019 às 14:54

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/10/2018 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1, EM FRENTE AO REST. RIZ DA PICANHA** - Bairro: **CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**.
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JM DA SILVA GUINCHOS ME (ALTOR \ AGENTE)
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: GILVANEIDE MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 21/11/1984 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares:
- 985487227

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **INIL PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **RUA ALTO SANTA HELENA, 95 - CEP: 55090-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JM DA SILVA GUINCHOS ME - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: **PRACA ALVORADA, 1, BLOCO A, AP 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME, que estava em posse do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto representado: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **HLJ 599 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE AO TRANSITAR DE BICICLETA NA VIA INFORMADA, FOI ATROPELADO PELO VEICULO IDENTIFICADO, E SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, ALEM DE QUEBRAR SUA PERNA DIREITA NA ALTURA DO FEMOR, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMUR E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO. PEDE PROVIDENCIAS.

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

RAFAEL ROBERTO DA SILVA
(VITIMA)



L.O. registrado por: **RICARDO LIMA DE FARIAS** - Matrícula: 3348540



POE VOTE, TRABALHANDO SEM PARAR.

Atb



Comprovação de ato declaratório



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 004.01.2019
EM: 07.01.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **RAFAEL NOBERTO DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **6238010** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **016.394.914-06**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-543135**, que no dia 22 de outubro de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão em acidente de trânsito envolvendo automóvel e ciclista, por volta das 20h40, na Avenida Norte, nas imediações ao Restaurante Rei da Picanha e Farmácia Pague Menos, no bairro Casa Amarela, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração. Recife, 07 de janeiro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. **Sérgio Parente Costa**

Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Comprovante de residencia



ipesa

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

 ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - 5/N - DOIS IRMAOS R
 FELIPE PE 52171 011

DADOS DO CLIENTE MICHELLE FELIPE DA SILVA		MATRÍCULA: 69190820 Abr/2019													
R ALTO SANTA HELENA, N. 00095 - NOVA DESCOBERTA RECIFE PE 5209															
INSCRIÇÃO: 735.331.166.0069.000 GRUPO: 8 DES. AUTOMÁTICO: 069190820															
SITUAÇÃO AGUA CORTADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA												
HIDRÔMETRO A111157025	DATA LEIT. ANTERIOR 01/04/2019	DATA LEIT. ATUAL 02/05/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) MÉDIA HD												
AGUA: LEIT. ANT: 1 CONSUMO: 0 LEIT. ATU: HD N LOCAL LEIT. FAT: 1															
HISTÓRICO DE CONSUMO															
REFERÊNCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS													
		PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11												
03/2019	00	TURBIDEZ	65												
07/2019	00	COR APARENTE	65												
01/2019	00	CORO RESIDUAL	65												
12/2018	00	COLIF. TOTAIS	65												
11/2018	00	COLIF. TOTAIS	65												
10/2018	00	COLIF. TOTAIS	65												
MÉDIA:	00	COLIF. TOTAIS	65												
Qualidade de Água: www.compesa.com.br															
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS															
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO															
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA															
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES															
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA															
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)												
ÁGUA															
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)															
Multa p/ IMPONTUALIDADE-03/2016		0,22													
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 04/2019		12,39													
<table border="1"> <tr> <th>TRIBUTOS</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>PERCENTUAL (%)</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> <tr> <td>ITC</td> <td>0,00</td> <td>1,65</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>ICMS</td> <td>0,00</td> <td>7,60</td> <td>0,00</td> </tr> </table>				TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	ITC	0,00	1,65	0,00	ICMS	0,00	7,60	0,00
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO												
ITC	0,00	1,65	0,00												
ICMS	0,00	7,60	0,00												

VENCIMENTO: 15/05/2019

TOTAL A PAGAR: 12,61

MENSAGEM:

 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 08 FATURA(S) PENDENTES, NO
 TOTAL DE R\$ 1429,98. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
 TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

IMPRESSO EM: 02/05/2019 11:28:10

MUNICÍPIO

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. DA CONSTITUIÇÃO, 111 - JARDIM
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 51250-000
FONE: (0800) 010000
FAX: (0800) 010000
E-MAIL: atendimento@celpe.com.br

Este documento é emitido em nome da
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
e serve para a emissão de boleto
de pagamento de serviços de energia elétrica.
Este documento não pode ser usado para
cancelamento de serviços de energia elétrica.
Este documento não pode ser usado para
cancelamento de serviços de energia elétrica.
Este documento não pode ser usado para
cancelamento de serviços de energia elétrica.
Este documento não pode ser usado para
cancelamento de serviços de energia elétrica.

CELPE

DADOS DO CLIENTE MICHELLE FELIPE DA SILVA-PROX TERM ONIBUS	DATA DE VENCIMENTO 13/06/2016	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/06/2016	CONTA CONTRATO 4011464632
ENDEREÇO PROX TERM ONIBUS -RUA STA HELENA 95 - NOVA DESCOBERTA/RECIFE - 52191-500 RECIFE PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 0,62	DATA DA APRESENTAÇÃO 06/06/2016	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 05/05/2016 a 06/06/2016	CONSUMO 0	NÚMERO DA NOTA FISCAL 000293276	
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4011464632	MÊS/ANO 06/2016	TOTAL A PAGAR R\$ 0,62	VENCIMENTO 13/06/2016	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	----------------------------------	---------------------------------	---

838500000008 006200110046 011464632108 049207654436



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2
HUN. - S/N - DOIS IRHAOS R

1579 Cui et al.

548/1430 Set/2019

ROBINSON NASCIMENTO DA SILVA
R APULEU VIEIRA, N. 80113 - VARZEA RECIFE PE 50610-370

INSCRICAO: 340.419.440-0366-000 GRUPO: 15 DEB. AUTOMATICO: 054871430

ETIQUETA AGUA	SELO DE CORTADO	ALICATA	1	ETIQUETA DE CORTADO	1	ETIQUETA DE CORTADO	1
17/06/2019	10/09/2019	09/10/2019					

LEII ANI: 238	CONSUMO: 12
LEII ATU: 250	
LEII FAT: 250	

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

08/2019	16
07/2019	16
06/2019	17
05/2019	22
04/2019	15
03/2019	13
MEDIA:	17

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXTG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS
MORBIDEZ	126	145	145
CLOR APARENTE	148	148	143
CLORO RESIDUAL	148	148	148
CLORIF. TOTALS	148	148	147
CLORIF.	143	148	148

03/2019 15
MEDIA: 17
Qualidade de Água: www.compsa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
Água		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	2 M3	10,10
		1,00
DOACAO AO PRO-CRIANCA 09/2019		

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
Imp. de R.R.	54,18	1,65	0,89
Imp. de I.R.	54,18	7,60	4,12

VENCIMENTO: 20/10/2019

TOTAL A PAGAR: 55,18

REFERENCE:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Arthur Valeriano da Costa Neto inscrito (a) no CPF 817.008.964-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafael Noberto de Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.394.914-06, do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis da Vítima Rafael Noberto de Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.394.914-06 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Apuleu Vileiro</u>	Número	<u>113</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Vozes</u>	Cidade	<u>Recife</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP	<u>50810-370</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>(81)995305579</u>

Recife, 04 de dezembro de 2019
Local e Data

Arthur V. Costa Neto
Assinatura do Declarante

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

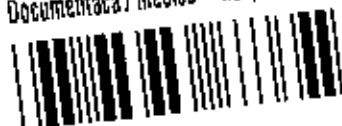
PACIENTE: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORIA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

Documentação médico - hospitalar



CID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DATA DE INTERNAMENTO: 24/10/2018

DATA DA CIRÚRGIA: 31/10/2018

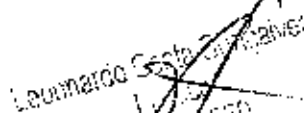
DATA DE ALTA: 02/11/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 14/11/2018

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2 DE NOVEMBRO DE 2018



MEDICO: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1043666/2018.

NOME: RAFAEL NOBERTO DA SILVA.

Foi atendido às 22h04 do dia 22.10.2018.

Diagnóstico provável: Fratura fechada de fêmur direito
(Atropelamento caminhão x Brevete)

Tratamento realizado:

TAC de crânio e coluna cervical sem lesões NCR
RX de tórax, Bacia e MIO
Exala insuflado - podálica direita
Analgésico
Trat. de suporte clínico

Obs. Alta em 25.10.2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 23.01.2019

SES - Hospital da Restauração
Dr. Francisco Serra
Médico do SAMU
CRM: 7914

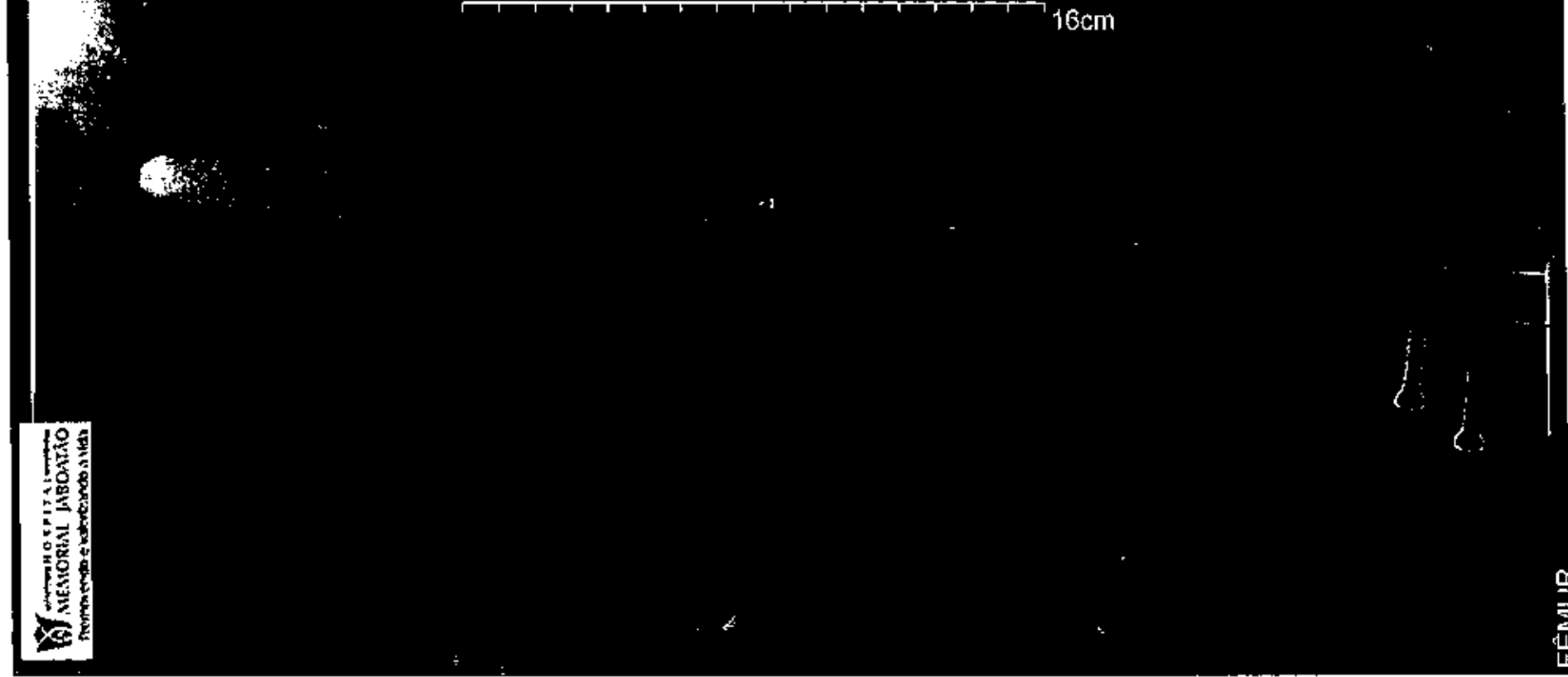
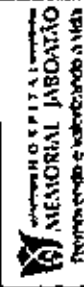
Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

RAFAEL NOBERTO DA SILVA
Sex: Masc.
Data de nascimento:
ID: 759087

RAFAEL NOBERTO DA SILVA
Sex: Masc.
Data de nascimento:
ID: 759087



FÊMUR

LATERAL

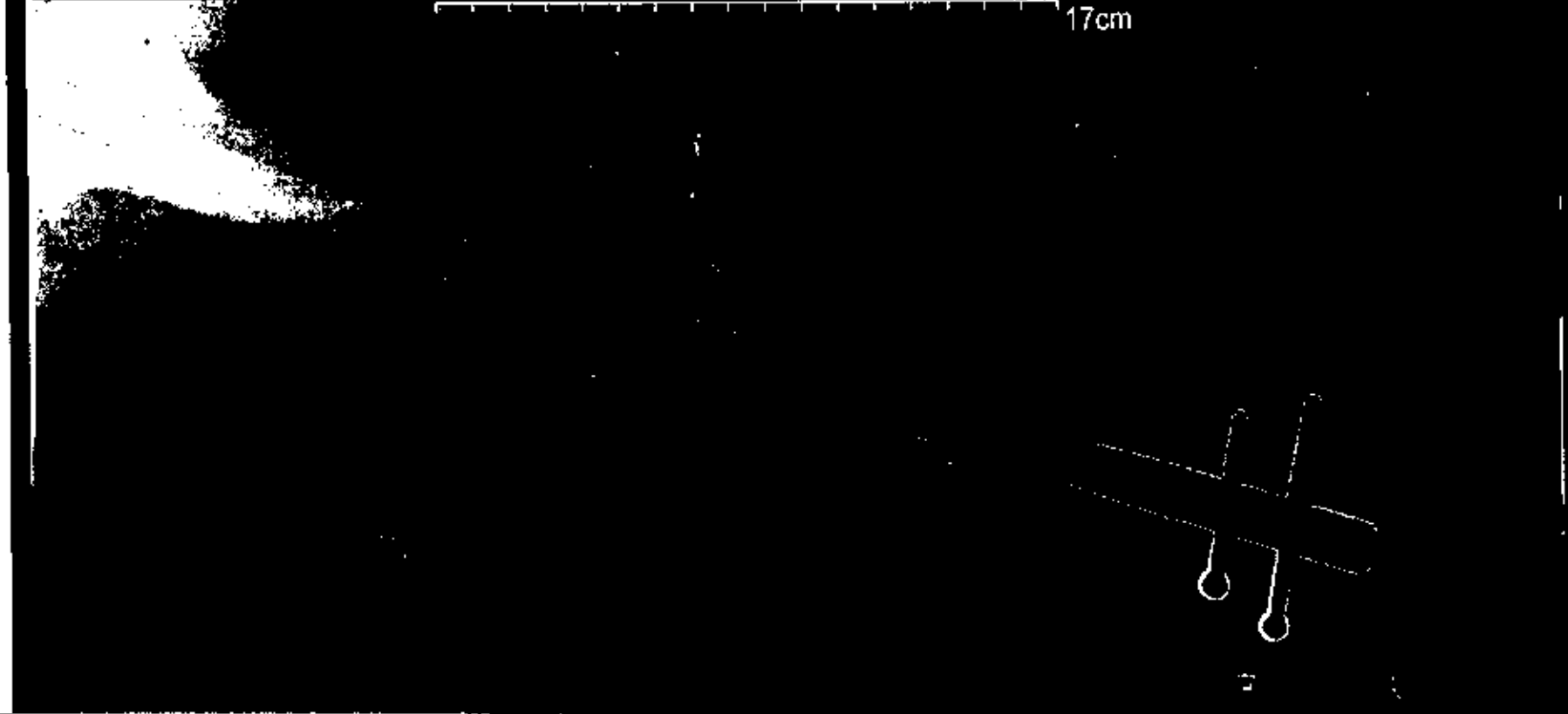
W: 4095, L: 2048

ID de técnico: radiologia

8cm

Escala: 0.9

HIMJ



FÊMUR

LATERAL

W: 4095, L: 2048

ID de técnico: radiologia

8cm

Escala: 0.9

HIMJ



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1043666/2018.

NOME: RAFAEL NOBERTO DA SILVA.

Foi atendido às 22h04 do dia 22.10.2018.

Diagnóstico provável: Fratura fechada de fêmur direito
(Atropelamento caminhão x Bicicleta)

Tratamento realizado:

TAC de crânio e coluna cervical sem lesões NCR
RX de tórax, Bacia e MIO
Eala inquirio - podática direita
Analgesia
Trat. de suporte clínico.

Obs. Alta em 25.10.2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 23.01.2019

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do Serviço
CRM: 7974

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Rafael Roberto da SilvaREGISTRO: 759087 DATA DE NASCIMENTO: 21 / 11 / 1984RG: 6238010 ÓRGÃO EMISSOR: SDS / PEENDEREÇO: Alto Santa Helena nº 95 Bairro:
Novo Descoberto Casa AmarelaNOME DA MÃE: gilvaneide maria da SilvaDATA ADMISSÃO: 24 / 10 / 2018 DATA ALTA: 02 / 11 / 2018DATA DO PROCEDIMENTO: 31 / 10 / 2018 CID: 572.3DIAGNÓSTICO: Fratura da Diáfise do Fêmur
DireitoTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura da Diáfise do Fêmur Direito
+ Exploração Articular C/ou S / Sinnectomia
de médias / grandesMÉDICO: Carlos CandidoCREMEPE: 18336JABOATÃO DOS GUARAPES, 14 DE Novembro DE 2018.
Dr. João Paulo Remeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 22622
MÉDICO

Bando :

Sexo:

Idade:

RECEITUÁRIO

RECEITUÁRIO

Suppl. Nóbrega da Silva, Vitor
de adduct of ankle (Brianchin)
Brianchin, of intense fever &
from 1, of mixed origin.
Ague & fever + A.S.P. ↓
causing a fever to follow ↓ &
antipyretics for 12 hrs, of slight
↓ in fever & equilibrium, general
depression, orientation of mind
Alleviated by treatment by 12 hrs
on 12/11/74.

193/1174

04/12/74.

Dr. Washington F. S. Neves
Ortopedia / Traumatologia
CREMESP nº 104

Dr. Washington F. S. News
Oropedia / Traumatologia
CREMERE 0-104

Sumário de Admissão e Alta

Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Prontuário: 759087

Atendimento: 182929

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 11 - LEITO 06

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FX DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

CID: S72 3 ✓

Procedimento Solicitado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Tempo de permanência Previsto:

Pedras

04/10/2018

Procedimento SUS Realizado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

0408060123 - Exploração Articular

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti -- Rh

☒ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde - PJGr
DGOE - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Dourado
Médica Auditora/SUS - CRM: 8922
CPF: 298.725.884-49

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S72 - FRAT DO FEMUR

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta: *alta com retorno*

Data de Internação: 24/10/2018

Data da Alta: *02/11/2018*

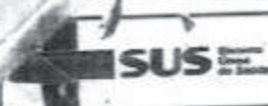
Dias de Hospitalização: *09*

dia (s).

RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

CRM: 25478

[Assinatura]
D. P. PINTO
CRM: 25478



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

Rafael Roberto da Silva

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

1046696

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

08 - DATA DO NASCIMENTO

21 / 11 / 1984

09 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

12 - ENDEREÇO (Rua, Nº, BAIRRO)

Rua Alto Santa Helena Bairro: Nova Descoberta nº: 95

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Recife

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando fratura fechada de fêmur direito.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acima descrito.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Exame físico + Raio X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID, 10 PRINCIPAL

22 - CID, 10 SECUNDÁRIO

23 - CID, 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura fechada de fêmur direito

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Transferência p/ Tto ex fratura femur

25 - Cód. DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Traumatismo

() CNS (X) CPF

012227851144-14

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Thales Carvalh
2º TEN. ME
CRM-PB 10054
IDT: 87654321

23 / 10 / 18

Dr. Carvalho de Aguiar
2º TEN. MÉDICO
CRM-PB 15054
IDT: 87654321

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Secretaria de Saúde - PJB
Dr. Carolina Maria de Aguiar
Médica Assistente
CRM-PB 15054
IDT: 87654321

61 - ORTOPEDIA Denbier 500974

RAFAEL NOBERTO DA SILVA,,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 21/11/1984
ID: 759087

Data de aquis.: 13/02/2019
Hora de aquis.: 07:47:30
Indice de exp.: 1886



Dir.

RAFAEL NOBERTO DA SILVA,,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 21/11/1984
ID: 759087

Data de aquis.: 13/02/2019
Hora de aquis.: 07:48:03
Indice de exp.: 1926



Dir.

FÊMUR
LATERAL

W: 4356, L: 1760

ID de técnico: radiologia

12cm

FÊMUR

AP

W: 4828, L: 1613

ID de técnico: radiologia

12cm

Escala: 0.0
HMIJ

16cm

16cm



Identificação de Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

2 - CNES
00000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE
Rafael Roberto da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1046696

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO
23 / 11 / 1984

9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (Rua, Nº, BAIRRO)
Rua Alto Santa Helena Bairro: Nova Descoberta nº: 95

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Recife

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando fratura fechada de fêmur direito.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Acima descrito.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Anamnese + Exame físico + Raio X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura fechada de fêmur direito

21 - CID, 10 PRINCIPAL

22 - CID, 10 SECUNDÁRIO

23 - CID, 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Transferência p/ Tto ex fratura fêmur

25 - Cód. DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
Traumato

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
012278151144-77

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
Dr. Thales Carvalho
2ª TEN. ME.
CRM-PB 1001
107.876544722

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
23 / 10 / 18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Carvalho de Lacerda
2ª TEN. MÉDICO
CRM-PB 10084
107.876544722

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. DO CBO EMISSOR

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
1 / 1

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Secretaria de Saúde - PJE
Deos - Gerente de Clínica Médica
Maria Cecília Maciel Dória
CRM: 89294
CPF: 286.725.884

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2-6 1.5. ORTOPEDIA Denha 500974

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 182929

Nascimento: 21/11/1984

Responsável:

Prontuário: 759087

Sexo: Masculino

Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Data e Hora do Atendimento: 24/10/18 11:55:30

Idade: 33 Anos, 11 Meses e 3 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 6238010

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 700500360542557

Nome da Mãe: GILVANEIDE MARIA DA SILVA

Nome do Pai: NAO DECLARADO

Endereço: RUA ALTO SANTA HELENA, NOVA DESCOBERTA, CEP: 52090200, Nº 95, RECIFE - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 11 - LEITO 06

Médico: AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

CID: S729

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE BICICLETA X CAMINHÃO HÁ 2 DIAS

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR 2T BNF S/S

AP - RESPIRATORIO:

MV+ AHT SEM RA

ABDOMEN:

FLANO, INDOLOR

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

NDN

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE FEMUR DIREITO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Prontuário: 759087

Ater dimento: 182929

Unidade de Internação / Leito: ENF 11 - LEITO 06

Sexo: Masculino

Idade: -33 Anos, 11 Meses e 10 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
0408060123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

Data: 31/10/2018

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

05. Anestesia:

Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
ACESSO DE 3CM TRANSTENDÃO PATELAR DIREITO
ABERTURA POR PLANOS + EXPLORAÇÃO ARTICULAR
COLOCADO INICIADOR EM ÁREA INTERCONDILAR
FRESAGEM DOO CANAL INTRAMEDULAR
PASSAGEM DE HASTE INTRAMEDULAR RETROGRADA
BLOQUEIO DA HASTE COM PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL
INSERIDO PARAFUSO TAMPÃO
LAVAGEM COM SF0,9%
SUTURA


Dr. Ranilson Francisco de Sousa Pinto
CRM: 25478

RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

CRM: 25478

Documentos de Identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURRI

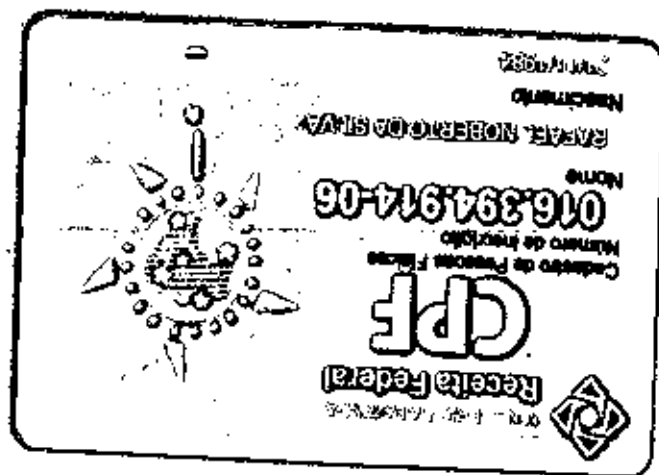
EC-2

POLÍCARPO DÍAZ

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDEM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	6:298.010
DATA DE EXPEDICAO	31/05/2019
NOME	<< RAFAEL NOBERTO DA SILVA >>
FILIAÇÃO	<< >> << GILVANEIDE MARIA DA SILVA >>
NATURALIDADE	RECIFE - PE
DATA DE NASCIMENTO	21/11/1984
DOC. ORIGEM	<< 073890 01 55 1986 1 00068 004 0079339 16 RECIFE-PE >>
CNP	016.394.914-06
ASSINATURA <i>Paulo de Carvalho</i> TENORIO DE CARVALHO DELEGADO DE POLICIA CIVIL	
LEI Nº 7.116 DE 29.08.86 - Art. 1º, II	
219333530406154009.8676496 F-86 55.008 - 4223	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURI

EC-2

POLEGAR DIREITO

Rafael

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

6.298.010

DATA DE
EXPEDIÇÃO

31/05/2019

NOME

<< RAFAEL NOBERTO DA SILVA >>

FILIAÇÃO

<< >>
<< GILVANEIDE MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

21/11/1984

DOC. ORIGEM

<< 073890 01 55 1986 1 00068 004
0079339 16 RECIFE-PE >>

CPF

016.394.914-06

Paulo de Carvalho
ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 20.03.2007

21933530406154009.8676496

F-86 55.008 - 4223