

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1487430708

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487430708

DF AC

Nome: **ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

Doc. Identidade / Org. Emissor / UF: **4416464 SSP PE**

CPF: **817.008.064-91** DATA NASCIMENTO: **02/05/1972**

FILIAÇÃO: **GILBERTO VALERIANO DA COSTA**
HELENA MARIA DA SILVA COSTA

PERMISSÃO: **00000000000000000000** ADO: **00000000000000000000** CAT. HAB: **D**

Nº REGISTRO: **04324080986** VALIDADE: **30/09/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **26/03/2008**

OBSERVAÇÕES:
RAR

Artur V. Costa Neto
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **RECIFE, PE** DATA EMISSÃO: **30/10/2017**

Cherley Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

30390611474
PE081620225

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007026/20

Vítima: RICARDO DA SILVA ALVES

CPF: 089.038.464-94

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 14/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO DA SILVA ALVES

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

RICARDO DA SILVA ALVES : 089.038.464-94

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: 07/01/2020
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007765 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO DA SILVA ALVES **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007765 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO DA SILVA ALVES **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 **OUTORGANTE** RICARDO DA SILVA ALVES

Portador (a) do documento de identidade n. 8292238, expedido por SDS, em
23 / 01 / 18 inscrito no CPF sob o n. 08903846494, residente na
RUA ALTO NOVA OLINDA n. 750
complemento CASA, Barrio A. Pompeu cidade OLINDA, Estado PE

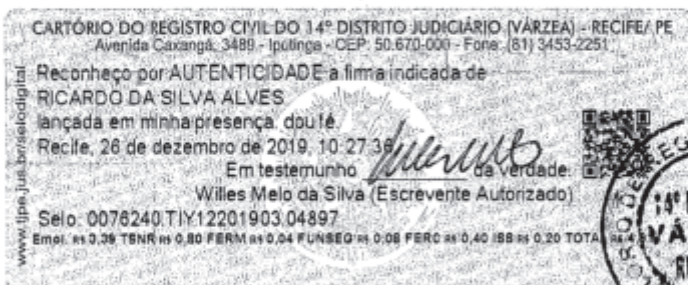
2 **OUTORGADO** ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

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 14 / 10 / 2019

RECIFE 26 de DEZEMBRO de 2019

OUTORGANTE Ricardo Alves



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007026/20

Vítima: RICARDO DA SILVA ALVES

CPF: 089.038.464-94

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 14/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO DA SILVA ALVES

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

RICARDO DA SILVA ALVES : 089.038.464-94

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: 07/01/2020
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007765

Vítima: RICARDO DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO DA SILVA ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007765

Vítima: RICARDO DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO DA SILVA ALVES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RICARDO DA SILVA ALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000325-5

Conta: 00000138165-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 08903846494 4 - Nome completo da vítima: RICARDO DA SILVA ALVES

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

5 - Nome completo: RICARDO DA SILVA ALVES 6 - CPF: 08903846494

7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: R. ALTO NOVA OLINDA 9 - Número: 750 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53180-50

15 - E-mail: RICALVES@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 81 366188449

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)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0325 5 CONTA: 138 165 2 (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 (vel nascido)? ☐ 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: RECIBO 26 de DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



570921
0007026/20

PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 18056455B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por N. GUERRA, matrícula 1139580, Polícia Rodoviária Federal, em 18/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 18 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18056455B01 e o número de controle D287A83296BDC0C067C78FEE8E80.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19058455B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 14/10/2019 Hora: 20:40 Município: RECIFE/PE
BR: 101 KM: 67,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: N. GUERRA, 1133580

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Marginal
Tipo de pista: Dupla
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Não
Condição meteorológica: Chuva
Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Com Material Granulado, Molhada
Localidade urbanizada: Sim
Canteiro Central: Sim
Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Em Recife/PE, neste dia 14 de outubro de 2019, por volta das 20:25h, na BR 101 de sentido Recife-Paulista, na pista marginal da rodovia, constatamos através dos vestígios encontrados que o V1, Motocicleta, HONDA XRE300, de placa OYS-3979, transitava pela faixa da direita, quando passou por uma faixa de cerca de 15 metros, onde o pavimento não foi completamente aplicado em todas as suas camadas, deixando um vão baixo e com material granulado, o que fez com que V1 se desestabilizasse, tombasse e causasse a queda de seu ocupante. A principal causa para o acontecimento do acidente foi o defeito na via citado acima.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por N. GUERRA, matrícula 1133580, Policial Rodoviário Federal, em 18/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.630, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novelsat/autenticar>, informando o protocolo 19058455B01 e o número de controle 0297A83298B00CD67C73FE85639.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056455B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



50 Km/h

Local parcialmente preservado

Parada de ônibus da SUDENE

Área adaptada para deficientes



Paulista

Rodovia



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Queda de ocupante de veículo	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - OYS3979 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: OYS3979 Marca/modelo: HONDA/XRE 300

Ano fabricação: 2014 Chassi: 9C2ND1110ER029305

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01016720995

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Preta



Documento assinado eletronicamente por N. QUERFÁ, matrícula 1438580, Polícia Rodoviária Federal, em 18/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 6.538, de 8 de outubro de 2018 e na alínea b do inciso IV do art. 22 da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobas/autenticar>, informando o protocolo 19056455B01 e o número de controle D297A822A9BD0CDF0B7C73FB825B0.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056455B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 644/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/XRE 300

Placa: OYS3979

Nº BOAT: 19056455B01

Nome do Agente: N. GUERRA

Matrícula do Agente: 1133580

Data: 14/10/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Elxo traseiro (tríciclos)			X	
Dano de Monta: Pequena				X	

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por N. GUERRA, matrícula 1133580, Policial Rodoviária Federal, em 14/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.538, de 8 de outubro de 2018 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19056455B01 e o número de controle 0297A99293BD0CFCDB7C73FEB8880.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056455B01

V1 - Proprietário

Nome: RICARDO DA SILVA ALVES

Email:

Endereço: OLINDA-PE

CPF/CNPJ: 089.038.464-94

Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - RICARDO DA SILVA ALVES

V1C - Informações

Nome: RICARDO DA SILVA ALVES

CPF: 089.038.464-94

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 13/03/1993

Sexo: Masculino

Usava capacete: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD

UF: PE

Observações CNH: 1115

Primeira habilitação: 13/03/2013

Vencimento da habilitação: 20/11/2022

Nº Registro: 05729342534

Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA ALTO NOVA OLINDA, 0000000750, CASA, AGUAS COMPRIDAS, OLINDA-PE

Telefone:

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por N. GUERRA, matrícula 1133680, Polícia Rodoviária Federal, em 13/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 6.639, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DO, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobatalha/verificar>, informando o protocolo 19056455B01 e o número de controle D297A6B29B8D0C0FCC6/C79FEB95B0.

191

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: 08903846494 4 - Nome completo da vítima: RICARDO DA SILVA ALVES

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

5 - Nome completo: RICARDO DA SILVA ALVES 6 - CPF: 08903846494

7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: R. ALTO NOVA OLINDA 9 - Número: 750 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53180-50

15 - E-mail: RICALVES@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 81 366188449

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)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0325 5 CONTA: 138 165 2 (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 (vel nascido)? ☐ 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	135.10.2019
DATA	06.11.2019

Atendendo ao requerimento do paciente **RICARDO DA SILVA ALVES**, portador do Documento de Identidade nº **8292238** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **089.038.464-94**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-694670**, que no dia 14 de outubro de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 20h50, na ROD BR-101, imediações entre a SUDENE e o Hospital das Clínicas, no bairro Cidade Universitária, Recife/PE e, sendo direcionado para a UPA Caxangá.

Recife, 06 de novembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano - Recife



Dr. Sergio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO DA SILVA ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00325-5

CONTA: 000000138165-2

Nr. da Autenticação 864178D57009544A

TIM S.A.
Av. Marechal Mascarenhas Moraes 4270
FREG.D AFOGADOS-Imbiribeira-Recife - PE
CNPJ: 02.421.421/0013-55 - I.E.: 0265614-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



R\$ 40,56

VENCIMENTO
15/10/2019

EMISSÃO: 01/10/2019
POSTAGEM: 07/10/2019
FATURA: 3996716119

CLIENTE: 1.62278583

CPF/CNPJ: 08903846494

ACESSO: 81 99648-8449

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009115453709013

RICARDO DA SILVA ALVES
ALTO NOVA OLINDA, 750, CASA
AGUAS COMPRIDAS
53180-050 - OLINDA - PE

IMPORTANTE PARA RICARDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 25/AGO A 24/SET

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle B Plus

R\$ 40,56

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

MENSALIDADES		FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
Vantagens que seu plano oferece							64,99
TIM Controle B Plus: 81996488449 (088/PÓS/SMP)		-	-	1	-	-	Incluído
TIM Music		-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Jornais		-	-	1	-	-	-16,01
Desc Relac 37.59%TIM CONTROLE B		-	-	9/12	-	-	-3,72
Desc Relac 37.59%TIM Music		-	-	9/12	-	-	-4,70
Desc Relac 37.59%TIM Banca Jornais		-	-	9/12	-	-	40,56
						Total de Mensalidades	

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	PUST: R\$ 0,18	Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA) Incluídos no(s) Plano(s)	
ICMS	30%	R\$ 26,58	R\$ 7,97	FUNTEL: R\$ 0,09		
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%					
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%					
Em atendimento à Lei 12.741/2012 As contribuições ao PUST [1%] e FUNTEL [0,5%] não são repassadas às tarifas						
					Franquia(s)	R\$ 42,59
					SVA	R\$ 22,40
					Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -16,01
					Desconto(s) SVA	R\$ -8,42



FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO: BANCO DO BRASIL. Na data do vencimento, este valor será debitado automaticamente da conta corrente no banco indicado. Caso não ocorra o débito, utilize esta fatura para pagamento.

NOME DO CLIENTE
RICARDO DA SILVA ALVES

RICARDO DA SILVA ALVES				
IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO 00000009115453709013	MÊS DE REFERÊNCIA OUT/2019	DATA DE EMISSÃO 01/10/2019	DATA DE VENCIMENTO 15/10/2019	VALOR R\$ 40,56

VIA RANCO

8461000000 - 5

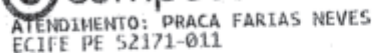
40560109011 - 2

00399671611 - 8

90115453709 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
NUM. - S/N 5 DOIS IRMAOS R

DADOS DO CLIENTE MATRICULA 54871430 Set/2019
ROBINSON NASCIMENTO DA SILVA
R APULEU VIEIRA, N. 00113 - VARZEA RECIFE PE 50810-370
INSCRICAO: 340.419.440.0366.000 GRUPO: 15 DEB. AUTOMATICO: 054871430

SITUAÇÃO ÁGUA REGULADO	SITUAÇÃO ERGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	GRUPO USUÁRIO DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A17561159	DATASET ANTERIOR 10/09/2019	DATASET ATUAL 09/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

AQUA:	
LEIT ANT: 238	CONSUMO: 12
LEIT ATU: 250	
LEIT 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

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN À LEGIS
TURBIDEZ	126	148	145
COR APARENTE	148	148	143
COLOR RESIDUAL	148	148	148
COLIF. TOTAIS	148	148	147
E. COLI	148	148	148

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COFIFORMES 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

ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
DESCRICAO DOS SERVICOS		
AGUA		
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
	54,18	1,65	0,89
PIS COFINS	54,18	7,60	4,12

VENCIMENTO: 20/10/2019

TOTAL A PAGAR: 55,18

MENSAGEN:

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/BIBLIOTECAWEB/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 Artur Valeriano da Costa Neto inscrito (a) no CPF nº 817.008.064-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Picardo da Silva Alves inscrito
(a) no CPF sob o Nº 089.038464-94, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima
Picardo da Silva Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.038464-94 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 Vieira</u>		Número	<u>113</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Vorzeq</u>	Cidade	<u>Recife</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>50810-370</u>			

Recife de dezembro de 2019
Local e Data

Artur V. Costa Neto
Assinatura do Declarante

Ricardo da Sil
vao vobres
15/10/19



Nome:
482404-RICARDO DA SILVA ALVES

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-96488449

Mãe:
MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES

Idade: Nascimento:
26a 7m 13/03/1993

Endereço:
RUA ALTO NOVA OLINDA, 750 - AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP:
53180050

Data do Atendimento: 14/10/2019

Prontuário: 00482404

Nº Atendimento: 01356875

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AURIVAN B DE MELO CRM: Nº 14013

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

DOR NO OMBRO DIREITO HÁ CERCA DE 1H APÓS TRAUMA DIRETO. SEM IRRADIAÇÃO.
NEGA TRAUMA EM OUTRAS REGIÕES DO CORPO.
TRAZIDO PELO SAMU APÓS ACIDENTE DE TRÂNSITO.

EXAME FÍSICO:

- CONSCIENTE E ORIENTADO.
- AXIAL: SEM DOR A PALPAÇÃO DOS PROCESSOS ESPINHAIS VERTEBRAIS. FRANKEL E.
- OMBRO: EFUSÃO (+) NA REGIÃO SUPRACLAVICULAR DIREITA. EQUIMOSE (-). DOR NA ACROMIÔCLAVICULAR (+). DEFORMIDADE (+). LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA (-).
- DEMAIS SUPERFÍCIES ÓSSEAS E ARTICULAÇÕES SEM DOR À PALPAÇÃO OU A MOBILIZAÇÃO.

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA ?
S420

UPA24h
CAXANGÁ
Dra Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11721

Nome:
482404-RICARDO DA SILVA ALVES

Idade: 26a /m
Nascimento: 13/03/1993

Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-96488449

Mãe:
MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES

Endereço:
RUA ALTO NOVA OLINDA, 750 - AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP:
53180050

Data do Atendimento: 14/10/2019

Prontuário: 00482404

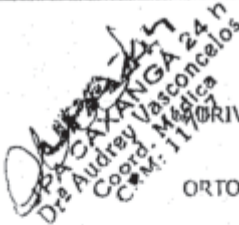
Nº Atendimento: 01356875

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AURIVAN B DE MELO CRM: Nº 14013

Conduta:

RX TÓRAX
RX BACIA
RX CLAVÍCULA DIR (ZANCA)


UPA CAXANGÁ 24h
Dra. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11707

AURIVAN B DE MELO CRM: Nº 14013

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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: Ricardo da Silva AlvesREGISTRO: 776566 DATA DE NASCIMENTO: 13/03/1993RG: 8.292.238 ORGÃO EMISSOR: SDS/PEENDEREÇO: Rua Alto nova Alinda nº 750Águas Cumpriadas Cidade: AlindaNOME DA MÃE: Maria de Lourdes da Silva AlvesDATA ADMISSÃO: 18/10/2019 DATA ALTA: 22/10/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 21/10/2019 CID: 542.0DIAGNÓSTICO: Fratura da ClavículaDireita — " — " —TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento CirúrgicoFratura de Clavícula Direita +Tratamento de Retração Muscular+ Neurectise + Osteotomia ClavículaMÉDICO: Oswaldo CoimbraCREMEPE: 16658JABOATÃO DOS GUARARAPES, 12 DE Novembro DE 2019.

MÉDICO


Leonardo Costa
CRM 23550



Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 482404-RICARDO DA SILVA ALVES
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-96488449

Idade: 26a 7m 2d Nascimento: 13/03/1993

Data do Atendimento: 14/10/2019

Prontuário: 00482404

Nº Atendimento: 01356875

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMAT L

Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES

Endereço:

RUA ALTO NOVA OLINDA, 750 - AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP:
53180050

Médico: AURIVAN B DE MELO CRM: Nº 14013

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SEGUNDA-FEIRA, 14 DE OUTUBRO DE 2019

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HOF

SENHA: 5793533

QP:

DOR NO OMBRO DIREITO HÁ CERCA DE 1H APÓS TRAUMA DIRETO. SEM IRRADIAÇÃO.
NÃO HÁ TRAUMA EM OUTRAS REGIÕES DO CORPO.
RECEBIDO PELO SAMU APÓS ACIDENTE DE TRANSITO., em: 14/10/19 21:59

NO EXAME:

- CONSCIENTE E ORIENTADO.
- AXIAL: SEM DOR À PALPAÇÃO DOS PROCESSOS ESPINHAIS VERTEBRAIS. FRANKEL E.
- OMBRO: EFUSÃO (+) NA REGIÃO SUPRACLAVICULAR DIREITA. EQUIMOSE (-). DOR NA ACROMIOCLAVICULAR (+). DEFORMIDADE --
- LIMITAÇÃO DA ROTACÃO EXTERNA (-).
- DEMAIS SUPERFÍCIES OSSEAS E ARTICULAÇÕES SEM DOR À PALPAÇÃO OU A MOBILIZAÇÃO.

EVOLUÇÃO:

RX OMBRO (AP VERDADEIRO/AXILAR VELLEAU/P. ESCAPULA)TÓRAX: FRATURA DO 1/3 MEDIO DA CLAVÍCULA.



MEDICO: AURIVAN B DE MELO CRM: Nº 14013

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO: 1097781

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Ricardo da Silva - Alves

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

17/10/19

Paciente evolui em C.A. Reg. lar, consciente, orientado, afável ao toque, eufórico, deambula, HT em MSE hidrolizado, nonaose do leite, a dieta U.D. elimina em fisiologia (+) segue aquec. dando procedimento cirurgico, que em observação

Amg 325,85

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-10-14 21:30:05

	Nome Paciente:	RICARDO DA SILVA ALVES
	Cód. Paciente:	482404
	Data de Nascimento:	13/03/1993
	Sexo:	Masculino
	Idade:	26
	Senha:	OR0067
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1356875	
SAME:		

Período: 2019-10-14 21:30:05 - 2019-10-14 21:40:07

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO SAMU RECIFE BASICA 10 COM MACA E PRANCHA N. QTC- 694670
RELATO DE DOR MODERADA+ EDEMA EM OMBRO DIREITO. APOS QUEDA DA PROPIA
ALTURA

Observação:

HAS-
DM-
ALERGIA-

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- CAPNOGRAFIA: 98.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 86.00 BPM
- GLICOSE: 102.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG

Acolhido(a) por: ANA KEILA SANTANA FERNANDES - COREN: 367307 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-11-06 11:52:03

Nome:
482404-RICARDO DA SILVA ALVES

Sexo: Contatos:
MASCULINO / 81-96488449

Mãe:
MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES

Idade: Nascimento:
26a 7m 13/03/1993

Endereço:
RUA ALTO NOVA OLINDA, 750 - AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP:
53180050

Data do Atendimento: 14/10/2019

Prontuário: 00482404

Nº Atendimento: 01356875

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AURIVAN B DE MELO CRM: Nº 14013

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

RX OMBRO (AP VERDADEIRO/AXILAR VELPEAU/P. ESCÁPULA)TÓRAX: FRATURA DO 1/3 MEDIO DA CLAVÍCULA.
HD: FRATURA DA CLAVÍCULADIREITA
S420
CD: AINE + TIPOIA + ORIENTAÇÕES + INTERNAMENTO.

UPA24h
CAXANGÁ
Aurivan B de Melo
CRM: 14013
Ortopedia

AURIVAN B DE MELO CRM: Nº 14013

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: RICARDO DA SILVA ALVES

Data Nascimento: 13/03/1993

Idade: 26

Sexo:

MASCULINO

Cor: FAZDA

CPF:

RG:

ONS

Endereço: RUA ALTO POVO OLIVEIRA

Bairro: OLIMAS COMPRIDAS

Cidade: OLINDA

CEP: 55011-000

Fone: 33903002

Celular:

Profissão:

Prontuário: 105772

Religião:

Nº: 750

Estado: PE

Acompanhante:

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES

Nome do Conjugue:

Clínica: ORTOFEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOF
Notificado pelo HOF
18/10/19

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/10/2019 23:52

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Exame Principal / HDA:

Paciente com dor na região cervical inferior,
Além disso de modo não doloroso

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

crânio e tórax e membros. Sem hematomas
em nenhuma

Diagnóstico:

fratura cervical C

serviço de

Dr. Thiago Lima
Ortopedia Traumatologia
TEC. 15586 7507 4457

Prescrição:

Valor:

Horário:

Dose:

1500mg

em 2 doses

1500mg

Após 15 dias de tratamento
Após 15 dias de tratamento

Dr. George Rocha
Ortopedia Traumatologia
CRM 15586 7507 4457



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 15/10/2019 23:52

Prontuário: 1097781

Nº. Atendimento: 3390559

Serviço: CIRURGIA

Nome:
RICARDO DA SILVA ALVES

Sexo: MASCULINO
CNS:

Mãe:
MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES

Endereço:
RUA ALTO NOVA OLINDA, N.º 750 - : BAIRRO: AGUAS COMPRIDAS - CIDADE:
OLINDA - UF: PE

Idade:
26 Anos 7 Meses 2 Dias

Nasc.
13/03/1993

Contatos:
81. 96303052 | Celular: 81.

Enfermaria/Leito:

Médico:
THIAGO DE ALMEIDA LIMA E SILVA

Admissão

Queixa Principal

DOR EM OMBRO DIREITO HÁ 1 DIA

História Clínica

QUEDA DE MOTO HÁ +- 30H COM QUEDA SOBRE O OMBRO. REFERE DOR EM REGIÃO DE CLAVICULA DIREITA.

Exame Físico

EDEMA E EQUIMOSE EM REGIÃO CLAVICULAR DIREITA, COM IMINÊNCIA DE EXPOSIÇÃO OSSEA
NEUROVASCULAR PRESERVADO

Observações

RX EVIDENCIANDO FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLÁVICULA DIREITA

Conduta

INTERNAMENTO

DR. FREIRE SOARES - CRM: Nº.26910

Data/Hora: 16/10/2019 - 01:00

Art. 26910
CRM
Médico

REVISADO

21/10/19

Colombo

02/12/19
CADASTRO
SAÚDE HOF

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

PACIENTE: RICARDO DA SILVA ALVES

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 MELHORA 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 HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

DATA DE INTERNAMENTO: 18/10/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 21/10/2019

DATA DE ALTA: 22/10/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 04/11/2019

HORÁRIO: 09:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 22 DE OUTUBRO DE 2019

Dr. Elder de Vasconcelos Carvalho
Ortopedia
CRM / PE 22023

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: RICARDO DA SILVA ALVES

Prontuário: 776566

Atendimento: 249020

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 01

Sexo: Masculino

Idade: 26 Anos, 7 Meses e 8 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (040302007-7) + OSTEOTOMIA CLAVÍCULA (040801011-8) + TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA CLAVÍCULA DIREITA (040801015-0) + TRATAMENTO RETRAÇÃO MUSCULAR (040806067-0)

Data: 21/10/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA
DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA
LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE
OSTEOTOMIA DE BORDAS DA FRATURA DA CLAVÍCULA PARA ALINHAMENTO E REDUÇÃO
NEURÓLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULAR
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Mão e Microcir.
CRM-PE: 15450 / RQE: 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

Sumário de Admissão e Alta

Nome: RICARDO DA SILVA ALVES

Atendimento: 249020

Sexo: Masculino

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FX DE CLAVÍCULA DIR

Procedimento Solicitado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
02. 1. Auxílio Cirúrgico: LEONARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA
03. 2. Auxílio Cirúrgico:
04. 3. Auxílio Cirúrgico:
05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

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

Resumo do Caso: PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta: Alta com Risco

Data de Internação: 18/10/2019

Data da Alta: 22/10/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).

LEONARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Enq 16-7

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

RICARDO DA SILVA ALVES

9- SEXO

MASCULINO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA ALTO NOVA OLINDA, N.º 750 - : BAIRRO: AGUAS COMPRIDAS - CIDADE: OLINDA - UF: PE

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1097781

7- (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

13/03/1993

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES

12- TELEFONE DE CONTATO

81. 96303052 | Celular: 81.

14- TELEFONE DE CONTATO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

QUEDA DE MOTO HÁ +- 30H COM QUEDA SOBRE O OMBRO. REFERE DOR EM REGIÃO DE CLAVICULA DIREITA.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

VERTEBRA E EQUIMOSE EM REGIÃO CLAVICULAR DIREITA, COM IMINÊNCIA DE EXPOSIÇÃO OSSEA
NEUROVASCULAR PRESERVADO

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

RX EVIDENCIANDO FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLÁVICULA DIREITA

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL

FRATURA DA CLAVICULA - S420

21- CID 10 SECUNDÁRIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA

27- CARATER DA INTERNAÇÃO

URGENCIA E EMERGENCIA

28- CRM DO CUS / 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)

ARTUR FREIRE SOARES - CRM: Nº.26910

10143972430

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

16/10/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBOR

☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- COD ORGÃO EMISSOR

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

49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

39- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
SOLICITANTE

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

48- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
AUTORIZADOR

Secretaria de Saúde - RJG
CBO - Gerente de Saúde Pública
Márcia Cristina de Oliveira
Médica - Ortopedia - CRM: 112

Hospital Memorial de Taboão
Senha: 633274

16-4

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 249020

Nascimento: 13/03/1993

Responsável:

Prontuário: 776566

Sexo: Masculino

Nome: RICARDO DA SILVA ALVES

Data e Hora do Atendimento: 18/10/19 09:54:55

Idade: 26 Anos, 7 Meses e 5 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 08903846494

Identidade: 8292238

Telefone:

Estado Civil:

Cartão SUS: 704802536340546

Conjuge:

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES

Nome do Pai: ROGERIO JOSE ALVES

Endereço: RUA ALTO NOVA OLINDA, AGUAS COMPRIDAS, CEP: 53180050, Nº 750, OLINDA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 16 - LEITO 01

Médico: JANIO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO APRESENTANDO TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM FRATURA DE CLAVICULA DIREITA.
DOR+EDEMA LOCAL

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA D.MELLITUS ,NEGA HAS,NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FÍSICO GERAL:

EG BOM EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR, BNF EM 2T PA-110/70MMHG

AP - RESPIRATORIO:

MV NORMAIS S/ADVENTICIOS

ABDOMEN:

FLACIDO INDOLOR .RHA(+)

P - GENITO - URINARIO:

DIURESE ESPONTANEA

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA S420

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

JANIO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785

Janio José Carrazone de Andrade
Médico
CREMEPE-6785

Carestream Image Suite



RICARDO DA SILVA ALVES

776560

19/10/2019

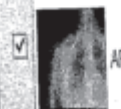
OMBO CLAVICULA x 2/TORAX x 2

CR



AP

CR



AP

CR



AP

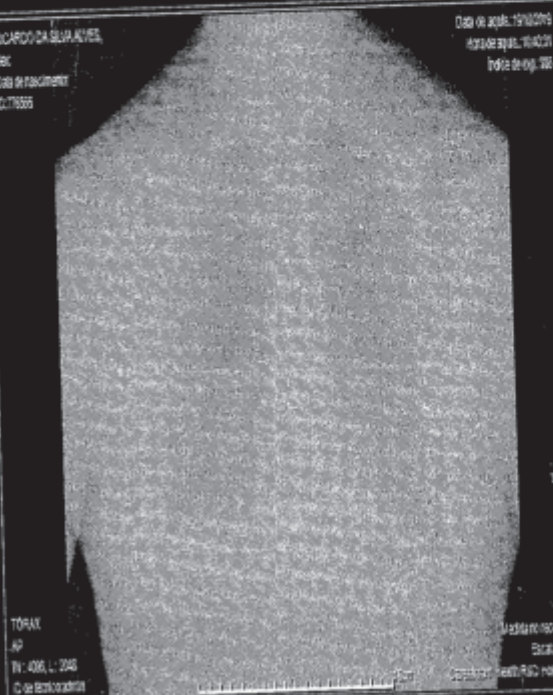
CR



AP

RICARDO DA SILVA ALVES
Sex:
Data de nascimento:
07/06/88

Data de aquis: 19/10/2019
Hora de aquis: 16:42:11
Indice de exp: 130



TORAX

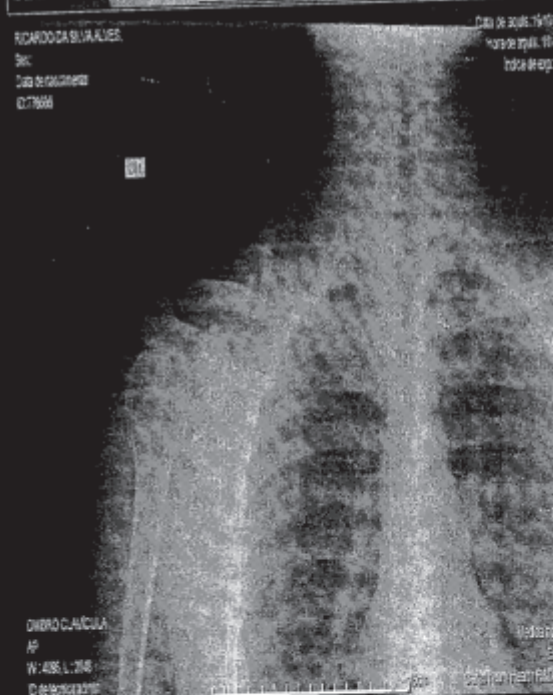
AP

W: 436 L: 2340
C de exposição

Medição receptor
Exatidão 16
Correção head R&C: negativa

RICARDO DA SILVA ALVES
Sex:
Data de nascimento:
07/06/88

Data de aquis: 19/10/2019
Hora de aquis: 16:42:11
Indice de exp: 130

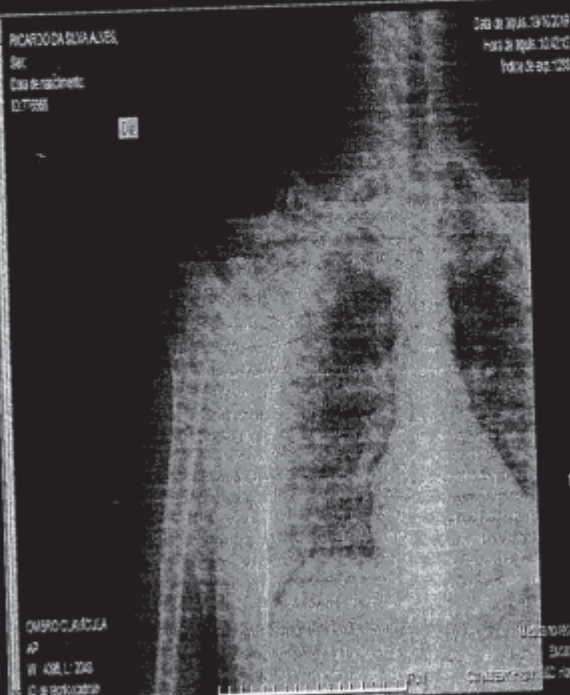


OMBO CLAVICULA
AP
W: 436 L: 2340
C de exposição

Medição receptor
Exatidão 16
Correção head R&C: negativa

RICARDO DA SILVA ALVES
Sex:
Data de nascimento:
07/06/88

Data de aquis: 19/10/2019
Hora de aquis: 16:42:11
Indice de exp: 130

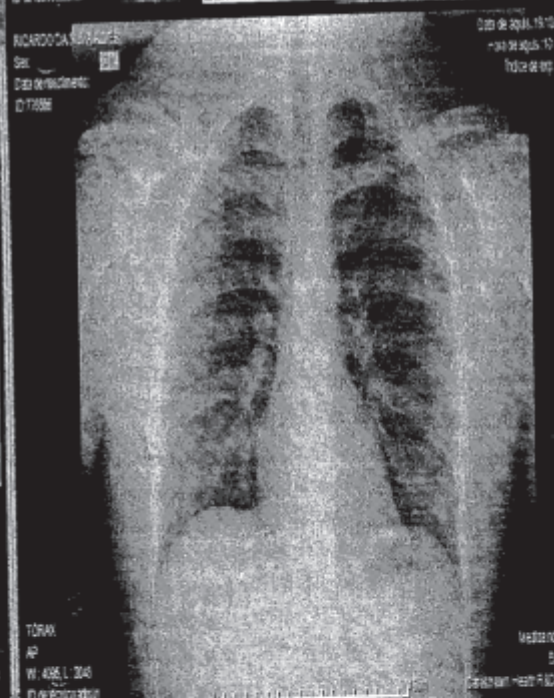


OMBO CLAVICULA
AP
W: 436 L: 2340
C de exposição

Medição receptor
Exatidão 16
Correção head R&C: negativa

RICARDO DA SILVA ALVES
Sex:
Data de nascimento:
07/06/88

Data de aquis: 19/10/2019
Hora de aquis: 16:42:11
Indice de exp: 130



TORAX
AP
W: 436 L: 2340
C de exposição

Medição receptor
Exatidão 16
Correção head R&C: negativa



1/1



R&C
19/10/2019

Carestream Image Suite



☒ RICARDO DA SILVA ALVES
776566

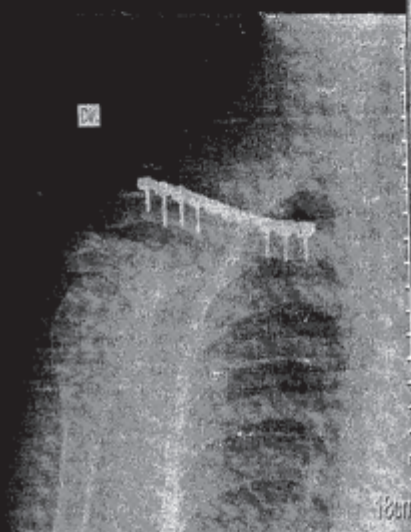
☒ 04/11/2019
NÃO ESPECIFICADO x 1 OMBRO x 1

☒ CR
AP

☒ CR
NÃO ESPECIFICADO

RICARDO DA SILVA ALVES,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 13/03/1993
ID: 776566

Data de aquis.: 04/11/2019
Hora de aquis.: 10:49:37
Índice de exp.: 1326

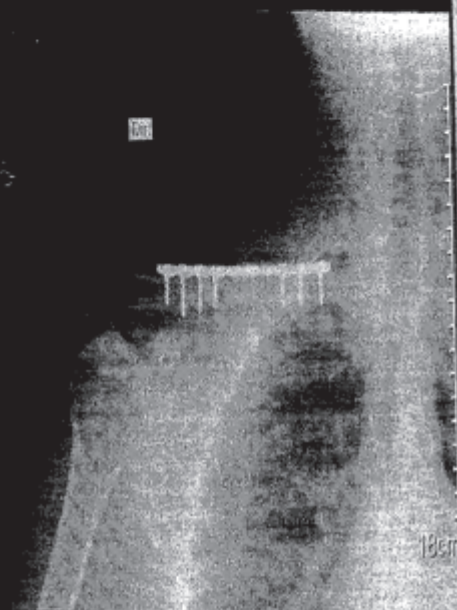


OMBRO
AP
W : 4095, L : 2048
ID de técnico: admin

Medida no receptor
Escala: 0.21
Carestream Health R&D Hospital

RICARDO DA SILVA ALVES,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 13/03/1993
ID: 776566

Data de aquis.: 04/11/2019
Hora de aquis.: 10:51:21
Índice de exp.: 1302



NÃO ESPECIFICADO
NÃO ESPECIFICADO
W : 4095, L : 2048
ID de técnico: admin

Medida no receptor
Escala: 0.21
Carestream Health R&D Hospital



ricardo da silva alves,
Sex:
Data de nascimento:
ID: 776566...

Dir.



Data de aquis.: 02/12/2019
Hora de aquis.: 08:46:47
Índice de exp.: 1313

8cm

11cm

Carestream Health R&D Hospital

Escala 0.0

OMBRO CLAVÍCULA
AP
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: admin

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGAR DIREITO

Ricardo Alves
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.292.238 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2018

NOME << RICARDO DA SILVA ALVES >>

FILIAÇÃO << ROGÉRIO JOSÉ ALVES >>
<< MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES >>

NATURALIDADE OLINDA - PE DATA DE NASCIMENTO 13/03/1993

DOC. ORIGEM << CN. 39.390 L.135 F.182V CART. PAULISTA-PE 25.04.1993 >>

CPF 089.038.464-94 PIS/PASEP: 2069263770-7

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

418048080503133939.7945672 F-79 42.997 - 122X