

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu IZAIRS FOSSE DA COSTA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 707 747 064 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GUSTAVO HENRIQUE ALVES VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 058 985 724 / 06

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GUSTAVO HENRIQUE ALVES VIEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 058 985 724 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECEITA 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 Sônia</u>	Número: <u>13</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>OLHO D'ÁGUA</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53370270</u>	Tel.(DDD): <u>81 935253012</u>

Local e Data: OLINDA 02/09/20

IZAIRS FOSSE DA COSTA
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Nome Paciente:	GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE	
Cód. Paciente:	125741	
Data de Nascimento:	03/01/1986	
Sexo:	Masculino	
Idade:	33	
Senha:	0021	
Convênio:	2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA	
Atendimento:	477969	
SAME:	112499	

IVIANE KELY SENA DO NASCIMENTO - COREN: 399103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 81.00 BPM
- GLICOSE: 99.00 MG/DL
- SATURACAO DE OXIGENIO: 96.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

Local

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 477969 Prontuário: 125741 SAME: 112489 Hora Atend: 15:00 Data Atend:16/05/2019
Paciente..... : GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE Idade: 33 a
Endereço..... : RUA VULCAO
Bairro..... : BONSUCESSO
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53240110
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 16/05/2019 Hora Saída : 18:25

Prestador da Evolução Médica: **JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA**

DIAGNOSTICO

INTERNAMENTO SOLICITADO PELA ENFERMEIRA OSCALENY

JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA / 15979
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAS



MIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Hernando Figueroa

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NAME: Esther Hernandez Flores

REG: 25

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

[illegible]

100-443887-100

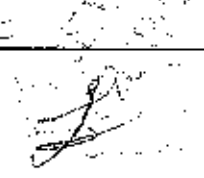
DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE** Prontuário: 125741
Idade: 33a 4m 11d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 03/01/1986
Profissão: Escolaridade: Telefone: 34321672 CEP: 53240110
R.G.: 6585816 C.P.F.: Endereço: RUA VULCAO, 278 - BONSUCESSO - OLINDA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 16/05/2019 18:26
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-EXTRA
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Número: 29 05 19
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 17/05/19 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Bom estado clínico
Diagnóstico Principal.....: Fratura exposta distal do Radio
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: LC + DC + RPO + Fx + Fx + Fx

Médico e CRM:
Leônio Helena F. de Aguiar
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Leônio Helena F. de Aguiar
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jefferson Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/hora

26/05/19

22/05/19: PC h no ar LC + fixação el pto K que h queda
9/2 11/2 13/2 14/2

Pronto a primeira

PC el pto K el 4 pto K 11/2 13/2 14/2

to. 11/2 13/2

Co. 11/2 13/2 14/2

11/2 13/2 14/2

11/2



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jefferson Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/hora

26/05/19

22/05/19: PC h no ar LC + fixação el pto K que h queda
9/2 11/2 13/2 14/2

Pronto a primeira

PC el pto K el 4 pto K 11/2 13/2 14/2

to. 11/2 13/2

Co. 11/2 13/2 14/2

11/2 13/2 14/2

11/2



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431559
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431559

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE			6 - Nº Prontuário	125741
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
	03/01/1986	Masculino ☒ Feminino ☐	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	VALERIA VANDA ALVES			12 - Telefone de Contato	8198888802
13 - Nome Responsável	LUCIA HELENA FERREIRA			14 - Telefone de Contato	34321672
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA VULCAO, 278 - BONSUCESSO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53240110		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - História Clínica e Sinais e Sintomas Clínicos	PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HA 4H, APRESENTANDO DEFORMIDADE EM PUNHO D COM LESÃO CUIRANTE LOCAL ALÉM DE DOR EM TORNOZELO D. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.				
21 - Condições que justificam a Internação	TRATAMENTO CIRÚRGICO				
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA				
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas		
FRATURA DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NÃO ESPECIFICADAS DO PUNHO E DA MÃO	S628	V239			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO NO PUNHO	0408020245		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	98001627746192
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA	16/05/2019	15979	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - () Acid. Trabalho Típico	38 - () Acid. Trabalho Trajeto	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Selo
			42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência					
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado					

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
53 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		
CRM 20571/2019 - 15866		

AIH
261910217423-8

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

Atesto que GUSTAVO Henrique Alves MEIRO está enquadrado na conceituação do artigo 2º, da Lei nº 13.146/2015 (LBI), qual seja: "Pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas" ou nas categorias discriminadas no artigo 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações do Decreto nº 5.296/2004, no §1º, do artigo 1º, da Lei nº 12.764/2012 (Transtorno do Espectro Autista) e no enunciado da Súmula nº 377 do Superior Tribunal de Justiça (Visão monocular), observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, ratificados pelo Decreto nº 6.949/2009.

1. () DEFICIÊNCIA FÍSICA:

- () Paraplegia () Paraparesia () Monoplegia () Monoparesia () Tetraplegia
() Tetraparesia () Triplegia () Triparesia () Hemiplegia () Hemiparesia
() Paralisia cerebral () Ostonias () Amputação ou ausência de membro () Nanismo
() Membros com deformidades congênicas ou adquiridas ☒ Outras. Especificar: fratura aberta do fêmur (P)

2. () DEFICIÊNCIA VISUAL (Anexar exame oftalmológico):

- () Cegueira - Acuidade visual menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
() Baixa visão - Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
() Somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.
() Visão Monocular - Súmula 377 STJ

3. () DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (Anexar parecer/avaliação psicológico e/ou laudo psiquiátrico)

- () Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: Comunicação, Cuidados pessoais, Habilidades sociais, Utilização de recursos da comunidade, Saúde e Segurança, Habilidades acadêmicas, Lazer e Trabalho.

4. () DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Anexar audiometria):

- () Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma (anexo) nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz.

5. () DEFICIÊNCIA MENTAL (Psicosocial) Anexar laudo psiquiátrico, psicológico ou de profissional de nível superior da área de saúde habilitado nessa deficiência.

- () Esquizofrenia () Transtorno do Espectro Autista () Outras Psicoses - Informar a CID [] e descrever limitações funcionais na vida diária e social, se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença.

Em caso de deficiências múltiplas, assinalar os campos correspondentes às respectivas deficiências.

5. ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:

- () Congênita () Doença () Pós-operatório () Acidente Comum ☒ Acidente de Trabalho (Sic)

6. Descrever a deficiência, conforme recomendações do anexo 09 (disponível no link <https://db.u/jcmboPR3>):

Assente também tem do fêmur - fratura total do fêmur D e

7. Descrever os impedimentos funcionais, conforme recomendações do anexo 09 (disponível no link <https://db.u/jcmboPR3>):

Deficit de força em os fêmur total do fêmur D.
dele também fisioterapia especializada.

8. CID10 da deficiência constatada (Classificação Internacional de Doenças):

Localidade e data: 13.01.2020

Assinatura/Registro no Respectivo Conselho Especialidade

Rafael Sobral
Fisioterapeuta
0745

CID. 562

Declaro estar ciente de que estou sendo incluído nas cotas legais de empregados com deficiência e/ou reabilitados do INSS a que se referem o artigo 93, da Lei nº 8.213/1991 e as normas elencadas neste documento.

Autorizo a divulgação da CID e apresentação do presente Laudo, prontuário médico, incluindo avaliação clínica e exames complementares à Fiscalização do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego.

Local e Data:

Assinatura do Empregado: _____

O presente laudo pode ser assinado pelos seguintes profissionais da área de saúde: Médico (todas as deficiências), Fisioterapeuta (física), Fonoaudiólogo (auditiva), psicólogo (intelectual e mental) e terapeuta ocupacional (todas)

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

REG:125741

IDADE:33

SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:16/05/19

DATA DA ALTA: 17/5/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDMENTO + REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS K

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR MARCONDES MEIRELES(SETOR DE AMBULATÓRIOS, N.º TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- MANTER TALA AXILO-PALMAR, CUIDADO PARA NÃO DANIFICAR;
- MEXER DEDOS DA MÃO DIREITA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR DIREITO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAS

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE MIF

Data e hora retirada da senha: 02/06/2019 17:48

Nome Paciente: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/01/1988
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 0029
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 02/06/2019 18:01 - 02/06/2019 18:08

ANA CRISTINA BRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação:

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: DOR REGIAO PUNHO DIREITO, REALIZOU ABORDAGEM CIRURGICA DIA 17/05/19, CHEGA COM MEMBRO IMOBILIZADO + EDEMA DAS FALANGES DO DITO DIREITO.

Observação: DEMANDA ESPONTANEA.

Programa sintoma: EDEMA/ICTERÍCIA/FRAQUEZA/CÂMBRAS

Discriminador(es): - EDEMA LOCALIZADO COM F. COCSF SEM SINAIS SISTÊMICOS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMA/LOGIA

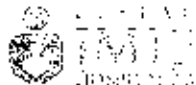
Sinais Vitais Livres:
- FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 15.00 RPV
- GLICOSE: 96.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 126.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA BRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/06/2019 18:08

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

**MIGUEL ARRAES****HOSPITAL MIGUEL ARRAES**

Atendimento: 480228

Senha da Classificação:

0029

Data e Hora: 02/06/2019 18:11

Paciente: 125741 GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 03/01/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: VALERIA VANDA ALVES

Nome do Pai: JUBILEU DE SANTANA FREIRE

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA VULCAO

-- CASA 3

278

Bairro: BONSUCESSO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Dores de pernas (D) há 3 dias - aumento forte a noite de intensidade
 com dores e inchaço. Não dorme (D) há 3 dias. Não consegue
 ficar de pé. Dor no tornozelo RAÍ com dor de + de 10 cm de comprimento.

Exame Físico

Inspeção em observação de 3 dias em pé. Pressão normal.
 Inspeção por Tala LVA. Não há inchaço local.
 Inspeção de 10 dias de Tala LVA -

Hipótese Diagnostico

Dor + inchaço em mobilidade articular.
 - D: Edema Pério OSTE (D) / Dor articular

Prescrição Médica

1. Ref. Tala LVA
 2. Curativos / compressas (D)
 3. Analgésico 100mg + 100mg 1 hora. 8h. 12h. 15h. 18h. 21h.
 4. Antibiótico 500mg 3x
 5. 2LH - 100mg 1 hora. 12h. 15h. 18h. 21h.
 6. 1LH - 100mg 1 hora. 12h. 15h. 18h. 21h.
 7. 1LH - 100mg 1 hora. 12h. 15h. 18h. 21h.
 8. 1LH - 100mg 1 hora. 12h. 15h. 18h. 21h.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: (X) Encaminhado ao Ambulatorio

() Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

Dr. Marcelo Xavier
 CRM - 12345

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 480228 Prontuário: 125741 SAME: 112499 Hora Atend: 18:11 Data Atendi:02/06/2019
Paciente..... : GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE Idade: 33 a
Endereço..... : RUA VULCAO
Bairro..... : BONSUCESSO
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53240110
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 02/06/2019 Hora Saída : 22:08

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DIAGNOSTICO
ENF. ANDREIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

REG:125741

IDADE:33

SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:16/05/19

DATA DA ALTA: 17/5/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDMENTO + REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS K

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR MARCONDES MEIRELES(SETOR DE AMBULATÓRIOS, N.º 1, 1º ANDAR, 1º PAVILHÃO) EM **02 SEMANAS**;
- MANTER TALA AXILO-PALMAR, CUIDADO PARA NÃO DANIFICAR;
- MEXER DEDOS DA MÃO DIREITA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR DIREITO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(☒) NÃO(☐)

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Atendimento: 477969
Senha da Classificação:
0021
Data e Hora: 16/05/2019 15:00
Paciente: 125741 GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 03/01/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: VALERIA VANDA ALVES
Nome do Pai: JUBILEU DE SANTANA FREIRE
Estado Civil: SOLTEIRO
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
CRM: 12346
Endereço: RUA VULCAO
-- CASA 3
278
Bairro: BONSUCESSO
Cidade/UF: OLINDA
PE
Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA
Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso:
Altura:
Temperatura:
Hora:
Queixa Principal

Paciente relata dor no tornozelo direito, com início há 12h, apresentando dificuldade de apoiar o peso sobre o membro inferior afetado, além de dor ao caminhar. D. V. não houve trauma.

Exame Físico

Ex. físico: paciente em repouso, sem dispnéia, sem sinais de desidratação. D. Clonoxipr 15.
 A. Exame físico: inspeção dos membros inferiores, fêmur sem alterações. F. = Edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.
 T. = Exame físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.
 A. = Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Hipótese Diagnóstico

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Prescrição Médica

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Ex. físico: inspeção dos membros inferiores, sem alterações. Inspeção do pé direito: edema em M. 2. e 3. dedos do pé direito.

Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência
() Transferido: Para
Senha:
() Encaminhado ao setor de internação

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

ISAIAS JOSÉ DA COSTA

POLEGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDADEM DO REGISTRO NACIONAL

REGISTRO 3.005.451

DATA DE EXPIRACAO 02/08/2011

Nome << ISAIAS JOSÉ DA COSTA >>

Funcao << IVAN JOSÉ DA COSTA >>

<< ADALGISA BASTOS DA COSTA >>

MAIORESIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 03/10/1967

DOS OUTROS << 074203 01 55 1975 1 00102 105 >>

011954125 RECIFE PE >>

ASSINATURA DO REGISTRADO

LEI Nº 16.062/06

16.54





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
707.747.064-49

Nome
ISAIAS JOSE DA COSTA

Nascimento
03/10/1942

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

ECA7.D19D.E8D6.F94D

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 07:47:20 do dia 07/10/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 04

Imprimir



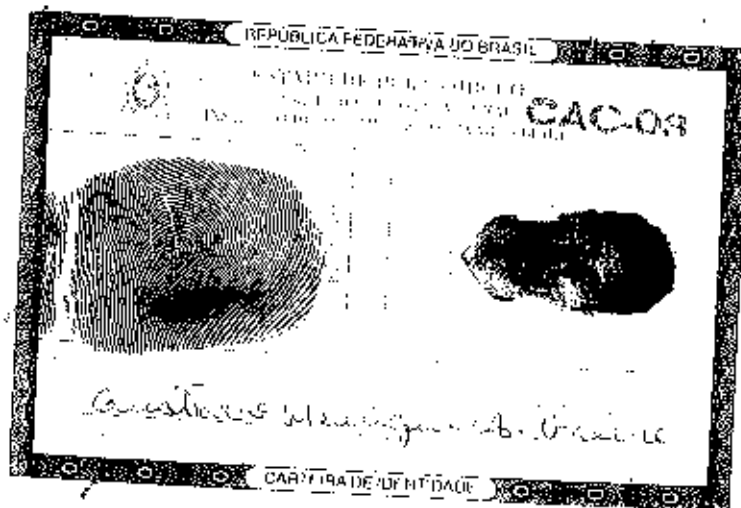
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

000.985.724-06

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

03/01/1988



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.585.816 DATA DE EXPIRAÇÃO 29/08/2005

NOME << GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE >>

PAIS << JUBILEU DE SANTANA FREIRE >>

<< VALERIA VANDA ALVES >>

NATURALIDADE PAULISTA - PE DATA DE EMISSÃO 03/01/1986

POSSUI CN << CN.48857 L.43A F.79 CART-OLINDA PE-07-02-1986 >>

CPE 058 985.724-08

ASSINATURA DO DIRETOR

1 FIM Nº 7.118 DE 28/08/83

F-18 82645

This is a Brazilian identification card (Cartão de Identidade) from the state of Pernambuco. It contains personal information, including name, date of birth, and date of expiration. The card is labeled 'VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL' and 'CARTÃO DE IDENTIDADE'.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200317155 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE **Data do acidente:** 16/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO 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 DE PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249333/20

Vítima: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

CPF: 058.985.724-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2019

Titular do CPF: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ISAIAS JOSE DA COSTA : 707.747.064-49

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

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE : 058.985.724-06

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: 03/09/2020
Nome: ISAIAS JOSE DA COSTA
CPF: 707.747.064-49

ISAIAS JOSE DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Celestino Henrique Alves Freire

portador(a) do documento de identidade nº 6585 316, expedido por 909 PE, em

29/08/05, inscrito no CPF sob o nº 058985724 06, residente na

Rua M^{te} Jovito Lima, nº 222

complemento _____, Bairro BAIRRO NOVO, cidade

Olinda, Estado PE

2. Outorgado ISAÍAS JOSE DA COSTA

portador(a) do documento de identidade nº 3005 451, expedido por SSPE, em

02/08/11, inscrito no CPF sob o nº 707 747 064 49, residente na

Rua Sepia, nº 13

complemento _____, Bairro OLINDA PRETO, cidade

Olinda, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Olinda 02/09 de 2020 de _____

Outorgante Isaías José da Costa

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249333/20

Vítima: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

CPF: 058.985.724-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2019

Titular do CPF: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ISAIAS JOSE DA COSTA : 707.747.064-49

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

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE : 058.985.724-06

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: 03/09/2020
Nome: ISAIAS JOSE DA COSTA
CPF: 707.747.064-49

ISAIAS JOSE DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200317155

Vítima: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISAIAS JOSE DA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

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, contados 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, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200317155

Vítima: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISAIAS JOSE DA COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

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 punhos
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: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000008322

Conta: 0000039881-2

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 058 985 724 08 4 - Nome completo da vítima: Gustavo Henrique Alves Freire

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Gustavo Henrique Alves Freire 6 - CPF: 058 985 724 08
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Maria Zuleide Lima 9 - Número: 232 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bairro novo 12 - Cidade: Onda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53130080
15 - E-mail: 16 - Telefone: 81 999 102260

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. Anexe uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 8322 CONTA: 39881
(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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s)? ☐ 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 rgo)

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

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

38 - 3ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Onda 29/08/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (ou representante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 058 985 724 08 4 - Nome completo da vítima: Gustavo Henrique Alves Geire

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Gustavo Henrique Alves Geire 6 - CPF: 058 985 724 08
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Maria Zuleide Lima 9 - Número: 232 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bairro novo 12 - Cidade: Onda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53130080
15 - E-mail: 16 - Telefone: 81 999 102260

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. Anexe uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 8322 CONTA: 39881
(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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mãe 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 rgo)

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

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

38 - 3ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Onda 29/08/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (ou representante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0135004318

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2019** às **15:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, PE 90 - EM FRENTE ITAIPAVA** - Bairro:
BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO (AUTOR / AGENTE)
GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO

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

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALERIA VANDA ALVES** Pai: **JUBILEU DE SANTANA FREIRE** Data de Nascimento: **3/1/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE OLINDA (BAIRRO), 278, RUA VULCÃO - CASA 03 - BAIRRO BOM SUCESSO - CEP: - Bairro: - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDE0540** (I/ERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **116724828** Chassi: **9C6RG5010K0014990**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **GASOL/GNV**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/JEEP/COMPASS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

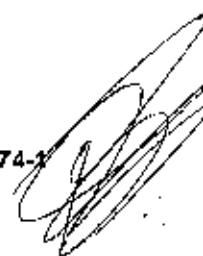
O QUEIXOSO DECLARA QUE QUANDO TRAFEGAVA SENTIDO NA PE-90, SENTIDO LIMOEIRO, EM FRENTE A ITAIPAVA, UM JEEP COMPASS, CONDUZIDO POR PETRUCE JOSÉ, TENTOU FAZER UMA ULTRAPASSAGEM E ATINGIU DE FRENTE O QUEIXOSO QUE FOI ARREMESSADO POR CIMA DO CARRO E TEVE FRATURA EXPOSTA NO RADIO DO BRAÇO DIREITO. O QUEIXOSO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E POSTERIORMENTE, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Gustavo Henrique A. Freire

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **PEDRO CELESTINO NETO** - Matrícula: **221.474-1**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0135004318

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2019** às **15:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, PE 90 - EM FRENTE ITAIPAVA** - Bairro:
BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO (AUTOR / AGENTE)
GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO

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

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALERIA VANDA ALVES** Pai: **JUBILEU DE SANTANA FREIRE** Data de Nascimento: **3/1/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE OLINDA (BAIRRO), 278, RUA VULCÃO - CASA 03 - BAIRRO BOM SUCESSO - CEP: - Bairro: - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDE0540** (I/ERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **116724828** Chassi: **9C6RG5010K0014990**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **GASOL/GNV**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/JEEP/COMPASS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

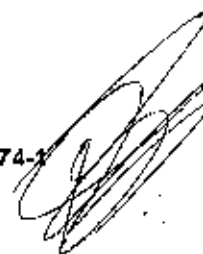
O QUEIXOSO DECLARA QUE QUANDO TRAFEGAVA SENTIDO NA PE-90, SENTIDO LIMOEIRO, EM FRENTE A ITAIPAVA, UM JEEP COMPASS, CONDUZIDO POR PETRUCE JOSÉ, TENTOU FAZER UMA ULTRAPASSAGEM E ATINGIU DE FRENTE O QUEIXOSO QUE FOI ARREMESSADO POR CIMA DO CARRO E TEVE FRATURA EXPOSTA NO RADIO DO BRAÇO DIREITO. O QUEIXOSO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E POSTERIORMENTE, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Gustavo Henrique A. Freire

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **PEDRO CELESTINO NETO** - Matrícula: **221.474-1**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 058 985 724 08 4 - Nome completo da vítima: Gustavo Henrique Alves Geire

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Gustavo Henrique Alves Geire 6 - CPF: 058 985 724 08
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Maria Zuleide Lima 9 - Número: 232 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bairro novo 12 - Cidade: Onda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53130080
15 - E-mail: 16 - Telefone: 81 999 102260

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. Anexe uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 8322 CONTA: 39881
(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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s)? ☐ 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 rgo)

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

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

38 - 3ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Onda 29/08/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (ou representante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08322

CONTA: 000000039881-2

Autenticação:

C2CF4CE6BB30E55A779BBC634E79A71071809A8BFBF4D739DCCD7242B6203BDD

CHF 10 815 6375 (01-18) | avg. Fy: 0,6375 (01-18) | www.csb.ch

A large, complex musical score for a string quartet, featuring multiple staves with various musical notations, including notes, rests, and dynamic markings. The score is written in a standard musical notation style, with a key signature of one sharp (F#) and a common time signature (C). The notation includes a variety of note values, rests, and dynamic markings, suggesting a rich and expressive musical piece. The score is presented in a clear, legible format, with a focus on the musical notation itself.



CTC RECIFE PE RJ2
GERALDO LOPES DOS SANTOS
RUA SEPPIA 13 QU B5
OURO PRETO
53370-279 - OLINDA - PE

