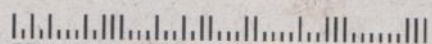


CAIXA ECONOMICA FEDERAL
R. PADRE LEMOS, 293
RECIFE - PE
52070-200



BRUNO BRAZ DA SILVA
R CORREGO JOSE GRANDE 1315
RECIFE - PE

52080-040

BK874361224BR



NSA=7092 OP=2636044 OCR.M929PI01.D211020.THD1

13546

CAIXA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

04/12/2020 15:31

Paciente: BRUNO BRAZ DA SILVA

Dt. Nasc.: 19/08/1984

Atendimento: 20523721

Prontuário: 6626669

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA - HE

Leito: 300212/1

Profissional(is): ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA CRM 11711 [1]

Nº: 18489032 16/08/2020 às 08:35

ANAMNESE

Queixa Principal

PCTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE COLISAO MOTO
QUEIXANDO DOR EM OMBRO ESQUERDO E PE DIREITO
HISTORIA DE INGESTAO ALCOOLICA
AO EX: LOTE GLASGOW 15 EUPNEICO
SAT: 95 PA: 120 X 80
ADM CERVICAL LIVRE E INDOLOR , DOR A MOBILIZAÇÃO DO
OMBRO
CORTE CONTUSO EM REGIAO FRONTAL , ESCORIAÇÃO HALLUX
DIREITO

[1]

Paciente com queixa de dor, Rx demonstrando luxação acrômio-
clavicular grau 2 em ombro esquerdo.
Solicito analgesia.
Retorno após analgesia
Solicito tipoia em MSE
VAT EM DIA, SIC.

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

T149 TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

Comorbidades

Não

[1]

EXAME FÍSICO

Nível De Consciencia

0

[1]

Resposta Motora

6

[1]

Resposta Verbal

5

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

T149 TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

[1]

CID10

T149 TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: BRUNO BRAZ DA SILVA
CPF: 5502541452

CARTEIRA : 29719000676002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
19/08/2014 07:34	HAPCLINICA RECIFE	LAURO NEVES CALABRIA FILHO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : DORES ARTICULARES DIVERSAS E COSTOCONDRIATES.

FISIOT.
ORIENT.

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS : 25050052 - ALTERACOES DEGENERATIVAS OU INFLAMATORIAS AFETANDO SEGMENTOS DA COLUNA VERTEBRAL E MEMBROS

CONDUTA :

RECEITA :

CID : M255/M940

CARTEIRA : 03MZF001064002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
19/08/2020 12:50	ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP	RINALDO ROCHA LUCENA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : LAC OMBRO E

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS :

CONDUTA :

RECEITA :

CID : S431

Dr. Rinaldo Lucena
CRM - 11312/PE
Cirurgia do Ombro

CARTEIRA : 03MZF001064002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
21/08/2020 08:06	ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP	ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : TRAUMA OMBRO ESQ HA 5 DIAS - LAC TIPO 2

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS : 25050010 - ALTERACOES DE ORDEM REUMATICAS AFETANDO UM MEMBRO
40803074 - RX - ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)

CONDUTA : INICIO TTO CONSERVADOR
FISIO
RETORNO

RECEITA :

CID : S430

Dr. Alexandre Lima
CRM-PE: 21457 TEOT: 16059
Ortopedia e Traumatologia

NOME: BRUNO BRAZ DA SILVA
CPF: 5502541452

CARTEIRA : 29719000676002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
19/08/2014 07:34	HAPCLINICA RECIFE	LAURO NEVES CALABRIA FILHO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : DORES ARTICULARES DIVERSAS E COSTOCONDRIATES.
FISIOT.
ORIENT.

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS : 25050052 - ALTERACOES DEGENERATIVAS OU INFLAMATORIAS AFETANDO SEGMENTOS DA COLUNA VERTEBRAL E MEMBROS

CONDUTA :

RECEITA :

CID : M255/M940

CARTEIRA : 03MZF001064002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
19/08/2020 12:50	ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP	RINALDO ROCHA LUCENA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : LAC OMBRO E

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS :

CONDUTA :

RECEITA :

CID : S431

Lr. Rinaldo Lucena
CRM-PE 11172/PE
Cirurgia do Ombro

CARTEIRA : 03MZF001064002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
21/08/2020 08:06	ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP	ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : TRAUMA OMBRO ESQ HA 5 DIAS - LAC TIPO 2

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS : 25050010 - ALTERACOES DE ORDEM REUMATICAS AFETANDO UM MEMBRO
40803074 - RX - ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)

CONDUTA : INICIO TTO CONSERVADOR
FISIO
RETORNO

RECEITA :

CID : S430

Lr. Alexandre Lima
CRM-PE: 21457 TEOT: 16059
Ortopedia e Traumatologia

NOME: BRUNO BRAZ DA SILVA
CPF: 5502541452

CARTEIRA : 03MZF001064002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
28/08/2020 07:06	ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP	CARLOS TIAGO DA SILVEIRA CHAVES	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : PACIENTE COM QUADRO DE FX DE PRIMEIRO METACARPO
CD: PRE OP

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS : 28040481 - HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA+LEUCOGRAMA + AVALIACAO DE PLAQUETAS)
40304922 - COAGULOGRAMA (TS, TC, PROVA DO LACO, RETRACAO DO COAGULO, CONTAGEM DE
PLAQUETAS, TEMPO DE PROTOMBINA, TEMPO DE TROMBOPLASTINA, PARCIAL ATIVADO)
20010010 - ELETROCARDIOGRAMA - ECG
28010540 - CREATININA
28011210 - POTASSIO

CONDUTA :

RECEITA :

CID : S62

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22256

CARTEIRA : 03MZF001064002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
04/09/2020 10:57	ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP	ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : TTO CONSERVADRO LAC TIPO 2 ESQ

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS : 25050010 - ALTERACOES DE ORDEM REUMATICAS AFETANDO UM MEMBRO

CONDUTA : MANTENHO FISIO
TTO CONSERVADOR

RECEITA :

CID : S431

Dr. Alexandre Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 21457 TEOT: 16059

CARTEIRA : 03MZF001064002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
21/09/2020 07:52	ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP	CARLOS TIAGO DA SILVEIRA CHAVES	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : PACIENTE COM QUADRO DE FX DE POLEGAR
CD: RX DE TALA PARA CURATIVO E IMOBILIZACAO NOVAMENTE

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS :

CONDUTA :

RECEITA :

CID : S62

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22256

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA
HISTORICO DO PACIENTE
PERIODO: 18/08/2014 a 24/11/2020

PAGINA: 002 / 003
DATA: 24/11/2020
HORA: 11:00:03

NOME: BRUNO BRAZ DA SILVA
CPF: 5502541452

CARTEIRA : 03MZF001064002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
28/08/2020 07:06	ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP	CARLOS TIAGO DA SILVEIRA CHAVES	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : PACIENTE COM QUADRO DE FX DE PRIMEIRO METACARPO
CD: PRE OP

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS : 28040481 - HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA+LEUCOGRAMA + AVALIACAO DE PLAQUETAS)
40304922 - COAGULOGAMA (TS, TC, PROVA DO LACO, RETRACAO DO COAGULO, CONTAGEM DE
PLAQUETAS, TEMPO DE PROTOMINA, TEMPO DE TROMBOPLASTINA, PARCIAL ATIVADO)
20010010 - ELETROCARDIOGRAMA - ECG
28010540 - CREATININA
28011210 - POTASSIO

CONDUTA :

RECEITA :

CID : S62

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23256

CARTEIRA : 03MZF001064002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
04/09/2020 10:57	ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP	ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : TTO CONSERVADRO LAC TIPO 2 ESQ

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS : 25050010 - ALTERACOES DE ORDEM REUMATICAS AFETANDO UM MEMBRO

CONDUTA : MANTENHO FISIO
TTO CONSERVADOR

RECEITA :

CID : S431

Dr. Alexandre Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23457
TEOT: 16059

CARTEIRA : 03MZF001064002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
21/09/2020 07:52	ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP	CARLOS TIAGO DA SILVEIRA CHAVES	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : PACIENTE COM QUADRO DE FX DE POLEGAR
CD: RX DE TALA PARA CURATIVO E IMOBILIZACAO NOVAMENTE

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS :

CONDUTA :

RECEITA :

CID : S62

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23256

NOME: BRUNO BRAZ DA SILVA
CPF: 5502541452

CARTEIRA : 03MZF001064002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
05/10/2020 07:55	ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP	CARLOS TIAGO DA SILVEIRA CHAVES	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : PACIENTE COM QUADRO DE FX DE BASE DE POLEGAR
CD: RETIRAR DE PONTOS

HDA :

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS : 25050010 - ALTERACOES DE ORDEM REUMATICAS AFETANDO UM MEMBRO

CONDUTA :

RECEITA :

CID : S62

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23266

CARTEIRA : 03MZF001064002

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
11/11/2020 09:05	ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP	FABILSON ANDRE CAVALCANTE SILVA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUEIXA : FRATURA BASE DO POLEGAR DIREITO

HDA : PCTE COM FRATURA DO POLEGAR HA 2 MESES

EXAME FISICO :

EXAMES SOLICITADOS : 20103484 - PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO

CONDUTA : GUIA DE FISIO

RECEITA :

CID : S62

Dr. Fabilson Cavalcante
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
CRM-PE 20713 TEOT 15684

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

18/09/2020 08:30

Paciente: BRUNO BRAZ DA SILVA

Dt. Nasc.: 19/08/1984

Atendimento: 20709990

Prontuário: 6626669

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE

Leito: 103-P1/1

Profissional(is): FILIPE DE AZEVEDO MESQUITA, MEDICO, CRM 21360 [1]

Nº: 18828665 18/09/2020 às 08:29

DIAGNÓSTICOS

CID10

S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

[1]

CID10

S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

[1]

RESUMO CLÍNICO

Evolução E Intercorrências

GRUPO DE MAO

[1]

PACIENTE COM QUADRO DE FRATURA DE PRIMEIRO METACARPO
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO,
PRODECIMENTO OCORRIDO SEM INTERCORRENCIAS

CD- 1 ALTA COM SEGUIMENTO AMBULATORIAL COM DR CARLOS
TIAGO

2. CURATIVO A CADA 2 DIAS NA HAPCLÍNICA RECIFE

Filipe Mesquita
Ortopedia e Cirurgia da Mão
CRM-PE 21360 / TEOT 15624

LAUDO MÉDICO

NOME: BRUNO BRAZ DA SILVA

Paciente portador de FRATURA DE POLEGAR A DIREITA. PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO. PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL E EM FISIOTERAPIA.

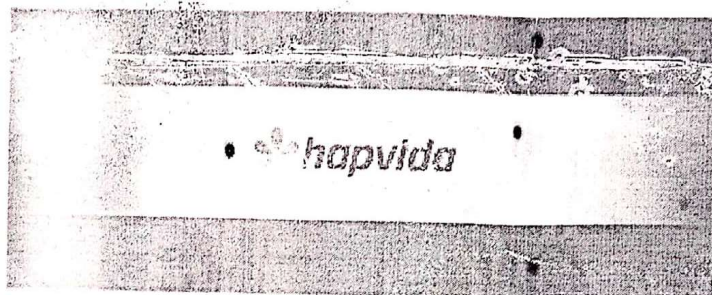
CID: S62

Recife 05/10/2020

Dr. Carlos Tiago S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293 / TEO 15816

Unidade de Fisioterapia Parque Amorim
Rua João Fernandes Vieira, 675, Boa Vista
Recife – PE. CEP: 50050-180
Celular corporativo: (81) 9.9212-3756

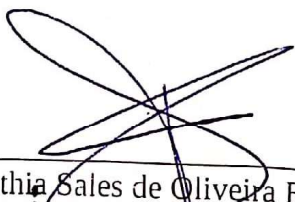
Recife, 24 de novembro de 2020



DECLARAÇÃO FISIOTERAPÊUTICO

ULTRA SOM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, inscrita no CNPJ nº 12.361.267/0069-81, vem por meio do presente instrumento, DECLARAR para os devidos fins, que o usuário Bruno Braz da Silva, realizou tratamento fisioterapêutico, na especialidade de (Pós operatório), segundo prescrição médica, devido ao quadro de pós op. do polegar (D) realizou até a data atual 07 sessões de fisioterapia nessa especialidade. Apresenta leve diminuição de amplitude de movimento, edema em região tenar e refere dor ao esforço. O tratamento segue a critério médico

Atenciosamente,



Cynthia Sales de Oliveira Barbosa
CREFITO: 171342-F
FISIOTERAPEUTA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PE

NOME
BRUNO BRAZ DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6581564 SDS PE

CPF
055.025.414-52

DATA NASCIMENTO
19/08/1984

FILIAÇÃO
FERNANDO BRAZ DA SILVA
SEVERINA CORDEIRO DA S
ILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
04977568504

VALIDADE
26/12/2024

1ª HABILITAÇÃO
06/07/2010

OBSERVAÇÕES
EAR

BRUNO BRAZ DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
30/12/2019

Roberto Fontelles
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

75058876189
PE096742739

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1933899725

PROIBIDO PLASTIFICAR
1933899725



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 35103 / 2021

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 005A. CIRCUNSCRICAO - CASA AMARELA
Ofício nº. 051 / 2021 Data 8 / 10 / 2021
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 005A. CIRCUNSCRICAO - CASA AMARELA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às **12:38** do dia **8** de **Outubro** de **2021**, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **BRUNO BRAZ DA SILVA** filho (a) de **FERNANDO BRAZ DA SILVA** e de **SEVERINA CORDEIRO DA SILVA**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **NÃO INFORMADO**, aparentando a idade de **37** Anos, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **PERNAMBUCO**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 6581564**, profissão **NÃO INFORMADO**, endereço **RUA CORREGO JOSE GRANDE, nº 1315, complemento: NÃO INFORMADO, bairro ALTO JOSE DO PINHO, telefone/s NÃO INFORMADO, RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando informa que foi vítima de acidente de moto no dia 16/08/2020, sofrendo traumatismo no ombro esquerdo. Trouxe cópia de documentos médicos e exames de imagem, que mostram que o periciando teve luxação acromioclavicular esquerda grau II, com pequeno desvio, sendo submetido a tratamento conservador. Informa que fez algumas sessões de fisioterapia. Informa ainda que teve fratura do polegar direito, sendo feito tratamento cirúrgico, porém não trouxe qualquer exame de imagem ou documento comprobatório desta fratura relacionada com o acidente.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Rigidez articular de discreta intensidade para movimentação do ombro esquerdo, com limitação de 5 graus. Diminuição de força muscular de discreta intensidade (menor que 10%) em ombro esquerdo.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Diante do histórico informado, dos documentos apresentados e dos achados ao exame, concluo que o periciando foi vítima de acidente, com traumatismo em ombro esquerdo, ficando incapaz para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias e apresentando como sequela da lesão uma debilidade permanente de discreta intensidade (menor que 10%) do ombro esquerdo, com restrição de mobilidade articular e diminuição de força muscular desta articulação.

QUESITOS:

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

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

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

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias e debilidade permanente de discreta intensidade (menor que 10%) do ombro esquerdo.



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



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

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

Não.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^a). BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA - CRM 15820.



Assinado digitalmente por **BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA**, Médico Legista, Matrícula nº 347.849-1, CPF: xxx.577.884-xx, em 08/10/2021 13:59:27.

Polícia Científica
SDS-PE

Autenticidade, integridade e irretratabilidade deste arquivo eletrônico podem ser conferidas em: <http://validador.sds.pe.gov.br/>



DETRAN- PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - DIGITAL

CÓDIGO RENAVAM

01144516827

PLACA

PCP6H44

EXERCÍCIO

2021

ANO FABRICAÇÃO

2017

ANO MODELO

2018

NÚMERO DO CRV

213118855096



Valide este QRCode com app Vio

CÓDIGO DE SEGURANÇA DO CLA

44558476418

CAT

MARCA / MODELO / VERSÃO

HONDA/XRE 190

ESPÉCIE / TIPO

PASSAGEIRO MOTOCICLETA

PLACA ANTERIOR / UF

PCP6744/PE

CHASSI

9C2MD4100JR000106

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COMBUSTÍVEL

ALCOOL/GASOLINA

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

AL. FID. BANCO HONDA SA

MENSAGENS DENATRAN

CARTEIRA DIGITAL DE TRÂNSITO

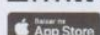
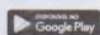


DENATRAN PRODUTO: RENAVAM

Para sua comodidade, você pode acessar este documento diretamente pelo seu celular. Baixe o aplicativo **Carteira Digital de Trânsito - CDT** e tenha acesso ao licenciamento de seu veículo além de muitas outras funcionalidades.

Com a Carteira Digital de Trânsito - CDT você pode:

- Consultar suas infrações e pagar multas com desconto
- Acessar a versão digital da CNH (para CNHs emitidas após 05/2017)
- Acessar a versão digital deste Licenciamento (CDV Digital)
- Compartilhar o licenciamento com até 5 pessoas
- Indicar o principal condutor
- Receber avisos de recall



Baixe agora a Carteira Digital de Trânsito - CDT nas lojas Google Play ou App Store e tenha na palma de sua mão todos os documentos para você conduzir seu veículo com tranquilidade e segurança!

CATEGORIA

PARTICULAR

CAPACIDADE

.

POTÊNCIA/CILINDRADA

0CV/184

PESO BRUTO TOTAL

0.29

MOTOR

MD41E0J000100

CMT

.

EIXOS

*

LOTAÇÃO

02P

CARROCERIA

NÃO APLICÁVEL

NOME

BRUNO BRAZ DA SILVA

CPF / CNPJ

055.025.414-52

LOCAL

RECIFE PE

DATA

25/05/2021

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT

CAT. TARIF

*

DATA DE QUITAÇÃO

*

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

REPASSE OBRIGATÓRIO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R\$)

*

CUSTO DO BILHETE (R\$)

*

CUSTO EFETIVO DO SEGURO (R\$)

*

REPASSE OBRIGATÓRIO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (R\$)

*

VALOR DO IOF (R\$)

*

VALOR TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

*

INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3220000513 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Bruno Braz da Silva **Data do acidente:** 16/08/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/01/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR GRAU 2 DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

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 RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 //
DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML Nº 35103/2021 DE 08/10/2021 EM PERNAMBUCO.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000634/22

Vítima: Bruno Braz da Silva

Data do acidente: 16/08/2020

CPF: 055.025.414-52

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Bruno Braz da Silva

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Bruno Braz da Silva : 055.025.414-52

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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3220000513 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Bruno Braz da Silva **Data do acidente:** 16/08/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/01/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR GRAU 2 DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

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 RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 //
DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML Nº 35103/2021 DE 08/10/2021 EM PERNAMBUCO.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000634/22

Número do Sinistro: 3220000513

Vítima: Bruno Braz da Silva

CPF: 055.025.414-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/08/2020

Titular do CPF: Bruno Braz da Silva

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 07/02/2023

Nome: Bruno Braz da Silva

CPF: 055.025.414-52

Bruno Braz da Silva

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2023

Nome: Flavia Ornellas de Oliveira Castro Freitas

CPF: 105.213.677-00

Flavia Ornellas de Oliveira Castro Freitas

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220000513

Vítima: Bruno Braz da Silva

Data do Acidente: 16/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRUNO BRAZ DA SILVA

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **Bruno Braz da Silva**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **033**

Agência: **000004056**

Conta: **000001052676-8**

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



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220000513

Vítima: Bruno Braz da Silva

Data do Acidente: 16/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BRUNO BRAZ DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação solicitada.

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

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:

4 - Nome completo da vítima:

055-025-414-52

Bruno Braz da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

Bruno Braz da Silva

6 - CPF:

055-025-414-52

7 - Profissão:

vigilante

8 - Endereço:

Rua Corrego Jari grande

9 - Número:

1313

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Alto Jari Benfaria

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

52080-040

15 - E-mail:

Brunobraz420@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

8198445-0085

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: Santander

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife 04 de Janeiro de 2022
Bruno Braz da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E0095000177

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/01/2021 às 10:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 16/8/2020 às 00:30

Fato ocorrido no endereço: RUA MANDACARU, 1 - Bairro: ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
- CEP: 52071-095
Local do Fato: VIA PUBLICA / PERTO DO COLEGIO RAQUEL QUEIROZ

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR \ AGENTE)
BRUNO BRAZ DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): BRUNO BRAZ DA SILVA

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

PRÓPRIA VÍTIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

BRUNO BRAZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA CORDEIRO DA SILVA** Pai: **FERNANDO BRAZ DA SILVA** Data de Nascimento: 19/8/1984 Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 8581564/9DS/PE (RG). 05302541452 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: - 984450085

Endereço Residencial: RUA CORREGO JOSE GRANDE, 1315 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO JOSE DO PINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BRUNO BRAZ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BRUNO BRAZ DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE 190** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCP6744** (PERNAMBUCO/RECIFE)
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR BRUNO BRAZ DA SILVA, INFORMANDO QUE NO DIA DO FATO ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTOCICLETA NO ALTO DO MANDU, QUANDO A VITIMA PERDEU O EQUILIBRIO DA

MOTOCICLETA E VEIO A CAIR NO CHÃO. QUE A VITIMA TEVE LESÃO NO CRÂNIO; NA CLAVICULA(LESÃO GRAU 2); QUEBROU O POLEGAR DA MÃO DIREITA, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DA HAPVIDA NO ESPINHEIRO. SENDO ASSIM VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR UM BOLETIM DE OCORRENCIA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

x Bruno Braz da Silva
BRUNO BRAZ DA SILVA
(VÍTIMA)

3. O, registrado por: **EDMILSON FELICIANO FERNANDES** - Matrícula: 319643-7

Liberado em 15/01/2021 às 10:33)



Certidão de Casamento

NOME:

BRUNO BRAZ DA SILVA

e

FABIANA FERNANDES RAMOS DE OLIVEIRA

MATRÍCULA:

135434 01 55 2013 3 00006 300 0001640 98

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS CÔNJUGES

BRUNO BRAZ DA SILVA, nacionalidade brasileira, profissão VIGILANTE, solteiro, nascido em Recife - PE, a 19 de agosto de 1984, filho de FERNANDO BRAZ DA SILVA e SEVERINA CORDEIRO DA SILVA

FABIANA FERNANDES RAMOS DE OLIVEIRA, nacionalidade brasileira, profissão PROFESSORA, solteira, nascida em Recife - PE, a 3 de junho de 1979, filha de JOÃO RAMOS DE OLIVEIRA e ALZIRA MARIA FERNANDES DE OLIVEIRA

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO

Dois de maio de dois mil e treze.

DIA

02

MÊS

05

ANO

2013

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

FABIANA FERNANDES RAMOS DE OLIVEIRA BRAZ

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro B AUX-6, à folha 300 sob o nº 1640. Data do registro: 2 de maio de 2013.
Data de realização: 6 de abril de 2013.

Nome do Ofício

Serviço de Registro Civil 9º Distrito Judiciário

Oficial Registrador

Karla Cavalcanti Beltrão de Andrade

Município/UF

Recife/PE

Endereço

Rua Real da Torre, 889

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Recife, 2 de maio de 2013.

Karla Cavalcanti Beltrão de Andrade
Responsável Designada

Karla Cavalcanti Beltrão de Andrade
Responsável Designada



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUALQUER ADULTERAÇÃO OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO.

Estado de Pernambuco





PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	012.12.2020
DATA	14.12.2020

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **BRUNO BRAZ DA SILVA** portador do Documento de Identidade nº **6581564** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **055.025.414-52**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S -857825**, que no dia 16 de agosto de 2020, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 00h44, na Rua Mandacaru, imediações ao Colégio Raquel de Queiroz, no bairro Alto do Mandú, Recife-PE e, sendo direcionado para o Hospital Hapvda -Ilha do Leite.
Recife, 14 de dezembro de 2020.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife