

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2011490000	Cidade: Caraúbas	Natureza: Invalidez
Vítima: ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA	Data do acidente: 05/08/2008	Emissor do parecer: Camila Monteiro dos Santos
Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 2999

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COSTELAS E CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO , SEM ALTERAÇÕES MOTORAS OU FUNCIONAIS DA FUNÇÃO RESPIRATORIA.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE COSTELAS E CLAVÍCULA ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO. NÃO APRESENTA DÉFICIT DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA.

Sequelas : Não definido

Data da perícia: 04/01/2012

Conduta mantida: Não

Observações: FUNÇA RESPIRATORIA SEM SEQUELAS.

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA

UF do CRM do médico: RN

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	25
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100	1	0

desde que haja comprometimento de função vital

Valor avaliado: 843,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2011490000

Cidade: Caraúbas

Natureza: Invalidez

Vítima: ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA

Data do acidente: 05/08/2008

Emissor do parecer: Camila Monteiro dos Santos

Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A

Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

CRM do médico: 2999

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COSTELAS E CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO, SEM ALTERAÇÕES MOTORAS OU FUNCIONAIS DA FUNÇÃO RESPIRATORIA.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE COSTELAS E CLAVÍCULA ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO. NÃO APRESENTA DÉFICIT DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA.

Sequelas : Não definido

Data da perícia: 04/01/2012

Conduta mantida: Não

Observações: FUNÇÃO RESPIRATORIA SEM SEQUELAS.

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA

UF do CRM do médico: RN

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	25
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100	1	0

Valor avaliado: 843,75

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2011/490000**
Vítima: **ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA**
Local: **RN-CARAUBAS**
Data do Acidente: **05/08/2008**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

OMBRO ESQUERDO ;FUNÇÃO RESPIRATORIA

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

FRATURA DE COSTELAS E CLAVÍCULA ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO , SEM ALTERAÇÕES MOTORAS OU FUNCIONAIS DA FUNÇÃO RESPIRATORIA

V.Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

FUNÇÃO RESPIRATORIA

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

OMBRO ESQUERDO

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - CARAUBAS, 04/01/2012

Médico Perito: MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA CRM: 2999 RN

Médico Revisor: MARIA DE FÁTIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155/RJ

Dra. Fatima Furtado Melo
Médica Perita
CRM-RJ - 52 49515-5
Cadastro Nacional



Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

18/01/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000672926-6

Nr. Autenticação

BRDESCO18012012050000000002370322600000067292684375 PAGO



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

ROBERTO LÍVELINO DE OLIVEIRA.

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

05/04/2008

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

05/04/2008

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

CHARLES R. D. MACEDO - 6984.

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Politransverso CI fratura torácica
1º múltiplas fraturas PTE +
fratura clavicula Esq.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

pro consequente fratura costelas
clavicula Esq.EXISTE ALGUM DEFÉITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:☐ SIM☒ NÃO

15 DEZ. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º debilidade de membros superiores ambos e ± 40%

2º

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinatura

LOCAL

07, 11, 11

DATA

DR. CHARLES R. D. MACEDO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 6984 - TESTE 1398

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

16 DEZ 2011

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Saúde Pública
SESAP - HOSPITAL REGIONAL Dr. AGUINALDO PEREIRA DA SILVA - CARAÚBAS-RN
O Amigo da Criança

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Roberto Rivellino de Oliveira Idade: 37 anos
End.: Fl. Martins Miranda Bairro: S. Mateus
Cidade: Caraúbas Sexo: M Prof: Agricultor
Hora: 15h Caraúbas, 05 de Set de 20 08

História

vitima de acidente de moto. Dan. Torácica

Exame Físico

T. A. MMHG Pulso: Respiração: Temp.:

Diagnóstico Provisório

Ed. Traumatizado

Conduta

sutura + curativo
diclofenaco 75 mg

Observação de Enfermagem

RECEBEMOS EM

- ☐ Retirou-se por Decisão Médica
☐ A Pedido
☐ À Revelia
☐ Óbito

15 DEZ. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A
H.

Data 1 / 1 / 1 às 1 H.

TRANSFERIDO

do Hospital de Caraúbas/RN

Para: [Assinatura]

FEDERAL S/A

Chefe de Plantão 16 DEZ 2011



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Roberto Ruelino de Oliveira Idade:
Cor:
Sexo: Est. Civil: Prof.: Natural:
Endereço: HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMBULSOTO 16/04/08
Data: 07/04/08 Hora de Entrada: Hs Maria Eliene Santos
Same / Mossoró

EVOLUÇÃO

*Doença hemoptóica (patologia
pneumocelástica + bronquialares?)
Vide (RA) RECEBEMOS EM*

15 DEZ. 2011

CÓDIGO

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

FEDERAL SEGUROS S/A

- ① SG 500 + 500
- ② Tilatil 12/12 10
- ③ lefolatona 1g = 6/6 10
- ④ Karsakid 1m
- ⑤ Osmoprez 17/12 10

Dietas potase

ent

08/04/08

familiäres solicitando alta hospitalar

FEDERAL SEGUROS S/A

16 DEZ 2011

441 -

CRIM 1607

1



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Saúde Pública
SESAP - HOSPITAL REGIONAL Dr. AGINALDO PEREIRA DA SILVA - CARAÚBAS-RN
O Amigo da Criança

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Roberto Rivellino de Oliveira Idade: 37 anos
End.: Fls. Martin Miranda Bairro: S. Mateus
Cidade: Caraúbas Sexo: M Prof.: Agricultor
Hora: 15h Caraúbas, 05 de dez de 20 08

História

vítima de acidente de
motoc. Dan. torácica

Exame Físico

T. A. MMHG Pulso: Respiração: Temp.:

Diagnóstico Provisório

Politraumatizado

Conduta

sutura + curativo
diclofenaco 75 mg

RECEBEMOS EM

Observação de Enfermagem

15 DEZ. 2011

- ☐ Retirou-se por Decisão Médica
☐ A Pedido
☐ À Revelia
☐ Óbito

FEDERAL SEGUROS S/A

Data ____/____/____, às ____ H.

TRANSFERIDO
do Hospital de Caraúbas/RN
Para _____

FEDERAL SEGUROS S/A

16 DEZ 2011

Chefe de Plantão

Medico Carimbo

DIVISÃO DO SAME

Responsável



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

Atestado

O paciente Roberto
Rivelino de Oliveira
foi atendido neste
hospital, vítima de
acidente de trânsito
em 05.04.08, com
politraumatismo.

TRAUMA de TÓRAX
com fraturas múltiplas
de costelas e clavícula
esquerda.

Está em tratamento,
inclusive fisioterapia
torácica. CID: S42.0

Tempo estimado
de tratamento 3 meses.

Mossoró, 05.04.08

William Carvalho Pereira
Fisioterapia - REUMATOLOGIA
MEDICINA DO TRABALHO
CRM 1180 - RJN

RECEBEMOS EM

15 DEZ. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A.

FEDERAL SEGUROS S/A

16 DEZ 2011

02



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

Nº 9110.136

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Roberto Rivelino de Oliveira Idade: DN: 22/06/70
Estado Civil: S () C () V () D () Profissão
Rua, Av.: Rua Martins de Almeida 734 Bairro:
Fone: Cidade: Curitiba UF: RN
Pai: Mãe:
Data: 05/04/08 Hora: 16:30 Cartão:

- QUEIXA PRINCIPAL: () Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Agressão
Paciente vítima de acidente automobilístico
envolvido de gravidade com ferimentos de dor
na cabeça e dificuldade para respirar e suspiro
devido a fratura de 04 Costelas.
• HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

EXAME FÍSICO:

PA: X mmHg - FC bpm - FP ppm - FR lpm - TEMP °C - Peso Kg

Auscultação pulmonar normal, expirais
e hipoventilação na inspiração.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

16/04/08
Nana Etienne Sab

FEDERAL SEGUROS S/A

RECEBEMOS EM

• HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (HD)

16 DEZ 2011
fratura de Costelas

15 DEZ. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A

• EXAMES SOLICITADOS:

na ausência de fratura de Costelas
e hipoventilação na inspiração.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Roberto Ravelino de Oliveira Idade:
Cor:
Sexo: Est. Civil: Prof.: Natural: MAIA
Endereço:
Data: 07/04/08 Hora de Entrada: Hs: 16:04:08
Maria Eliene Santos
Sams / Mossoró

EVOLUÇÃO

Tosse hemoptoica (patógenos
pneumoniais + bronquiais?)
Vide (RT) anex

CÓDIGO

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

- ① SS 500 + 500
- ② Tilatil 12/12 10
- ③ Levofloxacina 1g = 6/6 10
- ④ Kaceakid 1m
- ⑤ Clamoxetil 17/17 10

Dieta pós-prandial

RECEBEMOS EM

08/04/08

famíliares solicitando alta hospitalar

15 DEZ. 2011

16 DEZ 2011

16/12/11

FEDERAL SEGUROS S/A

421

09



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

SINAIS VITAIS

Nome: Roberto Augusto de Oliveira Idade: Nº Reg.:

Serviço: Psm Enf.: _____ Leito _____

[illegible]

**Enfermeiro do Setor
Carimbo**

Nome:	Roberto Williams Jr	Idade:	25 anos	Nº Reg.:	
Serviço:	92m	Ent.:		Letra:	

Cum gratia



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Saúde Pública
SESAP - HOSPITAL REGIONAL Dr. AGINALDO PEREIRA DA SILVA - CARAÚBAS-RN
O Amigo da Criança

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Roberto Rivellino de Oliveira Idade: 37 anos
End.: R. Martin Miranda Bairro: S. Mateus
Cidade: Caraúbas Sexo: M Prof: Agricultor
Hora: 15h Caraúbas, 05 de abril de 20 08

História

vitima de acidente de
moto. Van Tonacica

Exame Físico

T. A. MMHG Pulso: Respiração: Temp.:

Diagnóstico Provisório

Ediftraumatizado

Conduta

sutura + curativo
diclofenaco 75 mg

Observação de Enfermagem

RECEBEMOS EM

- ☐ Retirou-se por Decisão Médica
☐ A Pedido
☐ À Revelia
☐ Óbito

15 DEZ. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A

Data 1 / 1 / 1 H.

FEDERAL SEGUROS S/A

TRANSFERIDO

do Hospital de Caraúbas/RN

Para: A. A.

11 6 DEZ 2011



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

Nº 9110.136

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Roberto Rivelino de Oliveira Idade: DN: 22/06/70
Estado Civil: S() C() V() D() Profissão
Rua, Av.: Fw Martins de Menezes 734 Bairro: Coraúba
Fone: Cidade: UF: RN
Pai: Mãe:
Data: 05/04/08 Hora: 16:30 Cartão:

• QUEIXA PRINCIPAL: () Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Agressão

Paciente vítima de acidente automobilístico
envolvido de gravidade com ferimentos de dor
associada a dificuldade para respirar e suspiros
e dor a fratura de 04 costelas.

• HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

EXAME FÍSICO:

PA: X mmHg - FC bpm - FP ppm - FR lpm - TEMP °C - Peso Kg

Auscultação pulmonar normal, expiratório
e dor a inspiração máxima.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSCORA 10/04/08

Maria Eliana Santos
Mestre de Sala

Sane / Mossoró

FEDERAL SEGUROS S/A

RECEBEMOS EM

• HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (HD)

fratura de costelas

16 DEZ 2011

15 DEZ. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A

• EXAMES SOLICITADOS:

radiografia de fratura de costelas
e hemograma e pneumotórax.



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Saúde Pública
SESAP - HOSPITAL REGIONAL DR. AGINALDO PEREIRA DA SILVA - CARAÚBAS-RN
O Amigo da Criança

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Roberto Revilino de Oliveira Idade: 37 anos
End.: Fls. Martin Miranda Bairro: S. Mateus
Cidade: Caraúbas Sexo: M Prof: Agricultor
Hora: 15h Caraúbas, 05 de dez de 20 08

História

vítima de acidente de
moto. Do tráfego

Exame Físico

T. A. MMHG Pulso: Respiração: Temp.:

Diagnóstico Provisório

Ed. traumatizado

Conduta

sutura + curativo
diclofenaco 75 mg

Observação de Enfermagem

RECEBEMOS EM

15 DEZ. 2011

- ☐ Retirou-se por Decisão Médica
☐ A Pedido
☐ À Revelia
☐ Óbito

Data ____/____/____ às ____ H.

FEDERAL SEGUROS S/A

TRANSFERIDO

do Hospital de Caraúbas/RN

Para: [assinatura]

Médico Carimbo

Chefe de Plantão

DIVISÃO DO SAME

Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL Nº 1.324.158 DATA DE EXPEDIÇÃO 03.12.1995 ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA FERNANDO ANTONIO DE OLIVEIRA PITA CAIANA CARAUBAS-RN DATA DE NASCIMENTO 02.06.1970 Nº DE NASCIMENTO 5.237 LIV - 48 - ES 10 CI CART DE CARAUBAS-PE ASSINATURA DO TITULAR LEI Nº 7.116 DE 20.03.83	
Assinatura do Titular: Roberto Rivelino de Oliveira		Assinatura do Titular: Fernando Antonio de Oliveira	

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA
 Nº de Inscrição: 22222854-00
 Data do Nascimento: 02/06/70
 DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO 1004037



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

Assinatura: ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA
 ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA

S
E
R
V
I
D
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Emitido em: 01/08/98

RECEBEMOS EM

15 DEZ. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A

(88) 9209-6107
 (88) 8801-0529
 (88) 9937-9406

FEDERAL SEGUROS S/A

16 DEZ 2011

4

OUTROS
1004054



Eu, Roberto Rivelino de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 1324158 SSP/RN e inscrito no CPF/MF sob o nº 838.332.854-00, residente e domiciliado na Rua Baltazar Gurgel Fernandes, 36, Cidade Caraubas, Estado RN, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Caraubas/RN, 09/12/2011

Local e data

FEDERAL SEGUROS S/A.

15 DEZ 2011

RECEBEMOS EM

15 DEZ. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO: _____

EU, **ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA**, PORTADOR (A) DO RG Nº: 1.324.158, EXPEDIDO POR SSP/RN EM DATA EXP: 03/12/1990 E CPF Nº: 838.332.854-00, PROFISSÃO: AGRICULTOR RENDA MENSAL DE: 545,00 REAIS NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA, **ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA**, AUTORIZO A SEGURADORA **FEDERAL DE SEGUROS S/A**, A EFETUAR O RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE BANCO DO BRADESCO

Nº BANCO: 237 Nº AGÊNCIA: 3226-3 Nº C/C: 672926-6

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

CARAÚBAS/RN, 29 de Outubro de 2011
LOCAL / DATA

Roberto Rivelino de Oliveira
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

RECEBEMOS EM

15 DEZ. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A.

FEDERAL SEGUROS S/A

15 DEZ 2011

17

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO
1004030



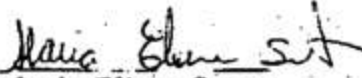
**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
DIVISÃO SAME**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos O **BOLETIM DE URGÊNCIA DE N °2.101.136** do Sr. (o) **ROBERTO RIVELINO OLIVEIRA** idade 37anos residente na rua **FRANCISCO MARTINS DE MIRANDA 734**, **BAIRRO SEBASTIAO MAUTEIS CIDADE CARAUBAS-RN.**

Consta no referido que o paciente deu entrada nesta unidade Hospitalar no dia 05.04.2008
AS 16:30. Com diagnostico de ACIDENTE DE TRANSITO..

Sem mais para o momento.


Maria Eliene Santos
H. DE DIVISÃO DO SAME/HRTI

MOSSORO-RN 16-04-2008

SAME-3315-3388

RECEBEMOS EM

15 DEZ. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A

FEDERAL SEGUROS

16 DEZ 2011

02

DI

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



Eu, **ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA**, portador do RG:1.324.158 CPF: 838.332.854-00, declaro para devidos fins de prova e direito que e resido e domiciliado em, RUA: **BALTAZAR GURGEL FERNANDE Nº 36, BAIRRO CENTRO NA CIDADE DE CARAUBAS/RN, CEP: 59.780-000.**

Para que produza efeito, a que se destina, firmo a presente declaração.

CARAÚBAS/RN, 29 de Outubro de 2011.

Atenciosamente,

RECEBEMOS EM

15 DEZ. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A

Roberto Rivelino de Oliveira
ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA

FEDERAL SEGUROS S/A,

16 DEZ 2011

13

DECLARAÇÃO

Eu, ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA, portador do RG 1.354.178 CPF 878.172.864-7, declaro para efeitos de prova a existência e o domínio do imóvel situado na Rua Baltazar Gurcel Fernandes nº 16, Bairro Centro na Cidade de Cavaquas, CEP. 13.780-000.

Para dar plena e inteira fé a esta declaração, a qual se encontra em anexo, fiz expedir a presente certidão.

RECIBO

Atestado em

ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA