

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 113245

Nº VIA

Boletim de ocorrência

Envolvido (Q3)

NOME COMPLETO / NOME SOCIAL

MILITA BISPO DE OLIVEIRA

TIPO DE ENVOLVIMENTO

ACUSADO () APREENDIDO () AUTOR () DESAPARECIDO () SOLICITANTE () SUSPEITO () TESTEMUNHA (X) VÍTIMA () OUTROS ()

VÍCIOS

NATURALIDADE

MINAS GERAIS

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

DATA DE NASCIMENTO

24/11/1978

SINAIS CARACTERÍSTICOS

ESTADO CIVIL

CASADO () CASADO () DIVORCIADO () VIÚVO

RACIA

AMARELA () BRANCA () NEGRA (X) INDÍGENA () PARÇA

MÃE

MADIR DE SOUZA BISPO

PAI

NANCEL GOMES DE OLIVEIRA

NÚMERO DA IDENTIDADE

9.344.219

ÓRGÃO EXPEDIDOR

MG

ESCOLARIDADE (Básico)

() ANALFABETO () BÁSICO () FUNDAMENTAL (X) MÉDIO () SUPERIOR

CPF

049554536

TIPO DE LOGRADOURO

(Av. Travessa, Rua, Est. etc.)

LOGRADOURO

DO ITANHANGÁ

Nº

2709

COMPLEMENTO

CASA

BAIRRO

ITANHANGÁ

CEP

MUNICÍPIO

RIO DE JANEIRO

UF

RJ

REFERÊNCIA

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE CELULAR

997993860

OCUPAÇÃO ATUAL

CORPORA

BAM 294740

GUARNIÇÃO

SITUAÇÃO DO POLICIAL

003

FORMA DE POLICIAMENTO

004

TIPO DE POLICIAMENTO

15

ESPÉCIE E DETALHAMENTO DE EXECUÇÃO

215

SETOR

Fox

SUB SETOR

NÚMERO DA VÍTIMA

54-6705

FUNÇÃO

(X) CMT () PATRULHEIRO () MOTORISTA

GRAU HIERÁRQUICO

1º SGT PM

RG

55776

NOME

KVALDC

FUNÇÃO

() CMT () PATRULHEIRO (X) MOTORISTA

GRAU HIERÁRQUICO

2º SGT PM

RG

59678

NOME

HILDOMAR

FUNÇÃO

() CMT () PATRULHEIRO () MOTORISTA

GRAU HIERÁRQUICO

RG

NOME

FUNÇÃO

() CMT () PATRULHEIRO () MOTORISTA

GRAU HIERÁRQUICO

RG

NOME

HISTÓRICO

QUE DIOS DETERMINAÇÃO DE COP. A GUARNIÇÃO PROCEDEU AO LOCAL ONDE O COLETIVO DA LINHA 557 (KXM 42352) VEÍCULO M. BEDI. MOTO TORINO. O ANO 2013 DE COR BRANCA, QUE SEGUIA PELA LINHA NORMALMENTE, QUE AO PASSAR POR UM QUEBRA MARAS EM CONSTRUÇÃO RECENTE VEIO A SACUDIR A TRASEIRA DO COLETIVO VINDO A CAUSAR LESÕES CORPORAIS AS SEGUINTE VÍTIMA (Q2) COM BAM. 294721; (Q3) COM BAM 294740 E (Q4) COM BAM. 294713. A GUARNIÇÃO AO PRESENCIAR AS VÍTIMAS, SOLICITOU IMEDIATAMENTE BAIXO ZERO PARA O LOCAL, ONDE LOGO CHAMOU A NIT ASE 999 COMANDADA PELO 1º TEN. BM RG 42179 1º TEN. DR. MEDEIROS: ONDE REMOUEU AS VÍTIMAS DO HMMC. E A GUARNIÇÃO APRESENTOU A OCORRÊNCIA Nº 15 D. P. 2013 E DE REGISTRO DE LESÃO CORPORAIS.

ISS: INFORMO AINDA QUE NÃO CONSEGUI DADOS DE (Q4)

PMERJ 23º BPM

A presente cópia é
produção fiel do
original.

RG DO CONDUTOR

50746

ASSINATURA DO CONDUTOR

Ido N.



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº

113245

/15

Nº VIA

1º - GPM

Nº DA FL

CPM DO POLICIAL 23- B.P.M	OPM DA ÁREA DE POLÍCIAMENTO 23- B.P.M	ATENDIMENTO SEDE DA OPM DA ÁREA DE POLÍCIAMENTO Rio de Janeiro
DELEGACIA DE APRESENTAÇÃO 15- D.V.	DELEGACIA DA CIRCUNSCRIÇÃO 15- D.R	Nº REGISTRO DE OCORRÊNCIA 1079/2016
		DATA/HORA DO REGISTRO 28/04/2016 16h

COMUNICAÇÃO DOS FATOS

ORIGEM DA OCORRÊNCIA () SALA DE OPERAÇÕES () CENTRO DE OPERAÇÕES () DEPARTAMENTO COM A OCORRÊNCIA	() SOLICITAÇÃO AO POLICIAL () RESULTADO DE ABORDAGEM	DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO 28/04/16 16h
---	---	--

DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓDIGO INICIAL DA OCORRÊNCIA 01 129	CÓDIGO FINAL DA OCORRÊNCIA 01 129	DATA/HORA DO FATO 28/04/16 16h	DATA/HORA NO LOCAL 28/04/16 16h
DATA/HORA SOLICITAÇÃO DA PERÍCIA	DATA/HORA DE CHEGADA DA PERÍCIA	DATA/HORA DE CHEGADA NA DP	
DATA/HORA ATENDIMENTO NA DP	DATA/HORA DE SAÍDA DA DP	DATA/HORA FINAL DA OCORRÊNCIA	PMERJ 23º BI

ENDEREÇO LOGRADOURO (Av, Travessa, Rua, Lda, Pça) ESTRADA DO JOA	LOGRADOURO DO JOA	BAIRRO SÃO CONZADO
Nº 426	COMPLEMENTO VIA DE BOAVENTURA	REFERÊNCIA CHURRASCO LUIS
MUNICÍPIO Rio de Janeiro	UF RJ	CEP 22250-000
LATITUDE	LONGITUDE	TIPO DO LOCAL () ABERTO () FECHADO
PAÍS PRESUMIDA BRASIL		CONDIÇÕES CLIMÁTICAS (TEMPERATURA) () SOL () NUBLADO () CHUVOSO

A presente cópia
reprodução fiel
original.

Em 28/04/16

Encaminhamentos

LOCAL - ORGÃO DE ENCAMINHAMENTO HMMC	DATA/HORA DE CHEGADA 28/04/16 16h30	DATA/HORA DE SAÍDA 28/04/16 16h30
LOCAL - ORGÃO DE ENCAMINHAMENTO	DATA/HORA DE CHEGADA	DATA/HORA DE SAÍDA
LOCAL - ORGÃO DE ENCAMINHAMENTO	DATA/HORA DE CHEGADA	DATA/HORA DE SAÍDA

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

Envolvido (Q1)

NOME COMPLETO / NOME SOCIAL - Decisão Estadual nº 43.005 JOSE BERTA DE LUCENA FILHO	SEXO () FEMININO (X) MASCULINO
TIPO DE ENVOLVIMENTO () ACUSADO () APREENSÃO (X) AUTOR () DESAPARECIDO () SOLICITANTE () SUSPEITO () TESTEMUNHA () VÍTIMA () OUTROS	
VÍCIO	NATURALIDADE PARAIBA
ESTADO CIVIL () SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO (X) VIÚVO	NACIONALIDADE BRASILEIRO
RAÇA () AMARELA () BRANCA () NEGRA () INDÍGENA (X) PAI	DATA DE NASCIMENTO 24/04/1965
RAÇA () AMARELA () BRANCA () NEGRA () INDÍGENA (X) PAI	SINAIS CARACTERÍSTICOS
NOME OTILIA LEONTINA DA SILVA	PAI JOSE BERTA DE LUCENA
NÚMERO DA IDENTIDADE 102815859	ORGÃO EMISSOR I.P.R.
TIPO LOGRADOURO (Av, Travessa, Rua, Lda, Pça) EST. DO IANHANGA	LOGRADOURO DO IANHANGA
Nº 1401	COMPLEMENTO CASA 19
MUNICÍPIO Rio de Janeiro	UF RJ
REFERÊNCIA PROX. AO OFICINA DA RECHE	
TELEFONE RESIDENCIAL 33527051	TELEFONE CELULAR 985337748
OCCUPAÇÃO ATUAL MOTORISTA DE ÔNIBUS	

Envolvido (Q2)

NOME COMPLETO / NOME SOCIAL - Decisão Estadual nº 43.005 TASMIN SILVA FERREIRA	SEXO (X) FEMININO () MASCULINO
TIPO DE ENVOLVIMENTO () ACUSADO () APREENSÃO () AUTOR () DESAPARECIDO () SOLICITANTE () SUSPEITO () TESTEMUNHA (X) VÍTIMA () OUTROS	
VÍCIO	NATURALIDADE Rio de Janeiro
ESTADO CIVIL () SOLTEIRO (X) CASADO () DIVORCIADO () VIÚVO	NACIONALIDADE BRASILEIRA
RAÇA () AMARELA (X) BRANCA () NEGRA () INDÍGENA () PAI	DATA DE NASCIMENTO 27/04/1991
RAÇA () AMARELA (X) BRANCA () NEGRA () INDÍGENA () PAI	SINAIS CARACTERÍSTICOS
NOME MARGARITA SILVA DO NASCIMENTO	PAI INFORMADO
NÚMERO DA IDENTIDADE 31306069	ORGÃO EMISSOR DETAURJ
TIPO LOGRADOURO (Av, Travessa, Rua, Lda, Pça) RUA TEREZINHA BRANCO	LOGRADOURO TEREZINHA BRANCO
Nº 44	COMPLEMENTO AL 302
MUNICÍPIO Rio de Janeiro	UF RJ
REFERÊNCIA Nº 1	
TELEFONE RESIDENCIAL Nº 1	TELEFONE CELULAR 988487616
OCCUPAÇÃO ATUAL CARE. R.	

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO N°

13245

/15

N° VIA

2° - PM

N° DA FL.

2

Envolvido (Q4)

NOME COMPLETO / NOME SOCIAL - Decreto Estadual nº 33.065

JOAQUIM ALVES FARIAS

SEXO

() FEMININO

(X) MASCULINO

TIPO DE ENVOLVIMENTO

() ACUSADO

() APREENDIDO

() AUTOR

() DESAPARECIDO

() SOLICITANTE

() SUSPEITO

() TESTEMUNHA

(X) VÍTIMA

() OUTROS

VULGO

NATURALIDADE

CEARA

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

DATA DE NASCIMENTO

25/04/1956

SINAIS CARACTERÍSTICOS

ESTADO CIVIL

() SOLTEIRO

() CASADO

() DIVORCIADO

() VIÚVO

RACA

() AMARELA

() BRANCA

() NEGRA

() INDÍGENA

(X) PARDA

MÃE

ANTONIA ALVES FARIAS

PAI José SANCHO FARIAS

NÚMERO DA IDENTIDADE

837.654

ORGÃO EMISSOR

IPCE

ESCOLARIDADE (Ensino)

() ANALFABETO

() BÁSICO

() FUNDAMENTAL

() MÉDIO

() SUPERIOR

() PF

TIPO LOGRADOURO

(Av, Travessa, Rua, Est, Prq)

LOGRADOURO

N°

COMPLEMENTO

BAIRRO

CEP

MUNICÍPIO

UF

REFERÊNCIA

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE CELULAR

OCCUPAÇÃO ATUAL

RAIM. 294713

GUARNIÇÃO

SITUAÇÃO DO POLICIAL

Q03

FORMA DE POLICAMENTO

Q04

TIPO DE POLICAMENTO

15

ESPÉCIE E DETACHAMENTO DE EXECUÇÃO

215

SECTOR

FOX

SUB SETOR

NÚMERO DA MATRÍCULA

54-6709

FUNÇÃO

(X) CMT () PATRULHEIRO () MOTORISTA

GRAU HIERARQUICO

1. SGT PM

RG

55776

NOME

IVALDO

FUNÇÃO

() CMT () PATRULHEIRO (X) MOTORISTA

GRAU HIERARQUICO

8. SGT PM

RG

59678

NOME

H. L. DOMAR

FUNÇÃO

() CMT () PATRULHEIRO () MOTORISTA

GRAU HIERARQUICO

—

RG

—

NOME

—

FUNÇÃO

() CMT () PATRULHEIRO () MOTORISTA

GRAU HIERARQUICO

—

RG

—

NOME

—

HISTÓRICO

PMERJ 23° BPM

A presente cópia é reprodução fiel do original.

Em 23/11/16

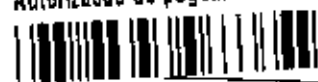
Edemilson Ribeiro
SGT PM RG 54.744
RJ-FURG 2152388-8

SEMPRE COM O PMERJ

16-11-2017 14:45 301421-11

RG DO CONDUTOR

ASSINATURA DO CONDUTOR



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Joaquim Alves Farias
PORTADOR(A) DO RG Nº 937.657 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 23/10/1976 E
CPF 438312657-04 / CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO
E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOAQUIM ALVES FARIAS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colado, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4020 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24065-8
Op: 013

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

GRANHAS - CE 28 de SETEMBRO de 2017
LOCAL E DATA

Joaquim Alves Farias
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11944355

A/C: JOAQUIM ALVES FARIAS

Sinistro: 3170566943 ASL-0409944/17
Vitima: JOAQUIM ALVES FARIAS
Data Acidente: 28/04/2016
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAQUIM ALVES FARIAS

Valor: R\$ 37,90

Banco: 104

Agência: 000004020

Conta: 0000024065-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11874333

A/C: JOAQUIM ALVES FARIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170566943 ASL-0409944/17

Vitima: JOAQUIM ALVES FARIAS

Data Acidente: 28/04/2016

Natureza: DAMS

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 37,90

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAQUIM ALVES FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04020

CONTA: 000000024065-8

Nr. da Autenticação 46480690417D4912

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170566943

Data do acidente: 28/04/2016

Vítima: JOAQUIM ALVES FARIAS

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Análise: Primeira Análise

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data: 01/11/2017 15:01:22

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE OUTR FRAT DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE -**Internação:** Não**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			67,94	37,90
Taxas Odontológicas	0101	ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA (FORA DO EXPEDIENTE)	1700,00	0,00
Total da Análise Atual			1767,94	37,90

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** FALTA LAUDO DO DENTISTA ESPECIFICANDO OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS E FALTA RECIBO OU NOTA COM VALOR FISCAL REFERENTE A NOTA DE VENDA NO VALOR DE R\$ 30,00, IMPOSSÍVEL AVALIAÇÃO

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: JOAQUIM ALVES FARIAS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	1767,94	37,90	37,90
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	1767,94	37,90	37,90

TOTAL PLEITEADO: 1767,94**TOTAL AVALIADO:** 37,90**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 37,90

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

JOSE VITAL SOARES

GERENTE**SUPERVISOR****CRM:** 52.49515-5/RJ

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Lider dos
Seguros DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0409944/17
Vítima: JOAQUIM ALVES FARIAS
CPF: 438.312.657-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/04/2016
Titular do CPF: JOAQUIM ALVES FARIAS

Outros



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOAQUIM ALVES FARIAS : 438.312.657-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total da despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/10/2017
Nome: JOAQUIM ALVES FARIAS
CPF/CNPJ: 438.312.657-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2017
Nome: LUCIENE FERREIRO MACHADO DOS SANTOS
CPF: 056.824.697-71

JOAQUIM ALVES FARIAS

LUCIENE FERREIRO MACHADO DOS SANTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOAQUIM ALVES FARIAS
 DATA DO ACIDENTE 28/4/16 CPF DA VÍTIMA 438.312.657-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOAQUIM ALVES FARIAS
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (N) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É JOAQUIM ALVES FARIAS
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. PRINCESA ESABEL
 Nº 511 COMPLEMENTO BAIRRO CENTRO
 CIDADE COZAOATAS UF CE CEP 62.190-000
 E-MAIL TELEFONE (88) 98808-8368

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

☒ LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- ☒ BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ OUTROS DOCUMENTOS

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTAS
☒ NOTAS FISCAS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA/COMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ OUTROS DOCUMENTOS

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 23.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATE R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, CUIJOS TODOS NESTE FÓRUM
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.SEGURODPVAT.COM.BR OU GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204
 • TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LÍQUIDOS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06/10/17
 LOCALIDADE 937.657

ASSINATURA Georgina Alves Farias
 ASSINATURA Jose Elder Junior
 MATR. CORREIOS 46000016

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CO
 DATA 06/10/17
 NOME Jose Elder Junior
 ASSINATURA 46000016

Documentos de identificação



TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo ainda sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTs.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e guardá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUND. O DE AMPARO AO TRABALHADOR.

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

SISTEMA DE FORTES PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

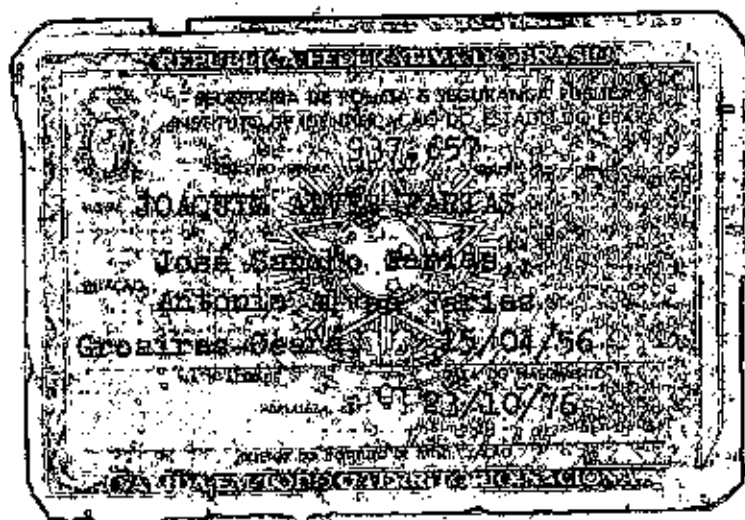
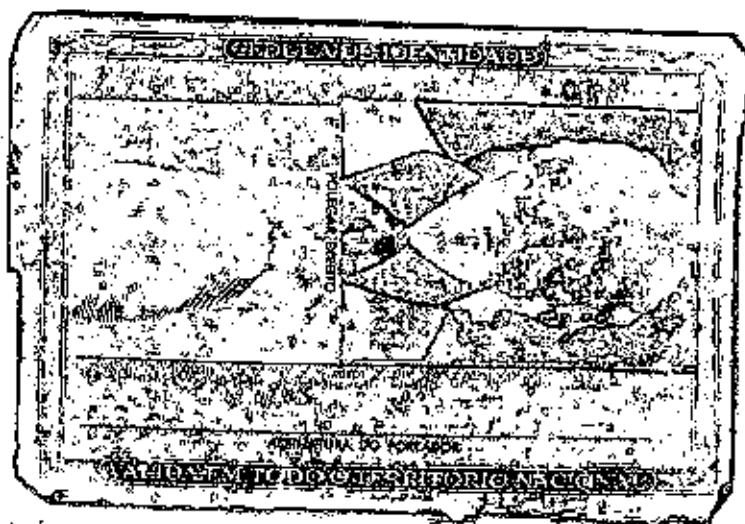
106-62432-43-3

1304977

002-0

RJ







rio2016

Documentação médica - hospital

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA - REGISTRO GERAL

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2016.

Declaro para os devidos fins, que o Sr.(a) Joaquim Alves Farias

Foi atendido neste Hospital em 28/04/16, no serviço de emergência
sob o Boletim de atendimento nº 294713.

SUMÁRIO:

Paciente deu entrada nesta unidade hospitalar vítima de trauma em anibus, apresentando ferida contusa em região labial superior, mucosa labial superior, labial inferior, fraturas dentárias em arcada superior (11, 12, 21), edema nasal e blefarohematomas (E). TC evidenciando fratura de ossos próprios nasais e parede anterior de seo maxilar. Feito Sutura e curativos.

Dra. Cátia Vicente da Silva
Médica
CRM 525105-0



BOLETIM DE ATENDIMENTO
CP - OUTROS

Emitido em: 28/04/2016 15:48:52
Por: EDSON CALIXTO DA SILVA

Nr. BE: 294713

Data: 28-04-2016 Hora: 15:48

Incluído/Atualizado por: EDSON

Paciente: JOAQUIM ALVES FARIAS
Cartão SUS:
Sexo: MASCULINO
Mae: NAO INFORMADO
Estado Civil:
Naturalidade:
RG: 937657

Data de Nascimento: 25-04-1956
Pai:
Cor:
Nacionalidade:
CPF:
Número:
Cidade: ()
DOCUMENTO:

Prontuário: 267544
Idade: 60a 00m 03d
Ocupação:
FONE: C
SisPrénat /-/
al:
CEP:
CPF:

Endereço:
Bairro:
RESPONSÁVEL: tn leandro medeiros (ASE 299)

Un: Interna: EMERGENCIA

SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Especialidade:

PA: [] X [] mmHg
PULSO: []
TEMP: []
PESO: []
ESTATURA: []
EXAMES COMPLEMENTARES: []
RAIOX []
SANGUE []
URINA []
LIQUOR []
EG []
ULTRASONOGRAFIA []
SIM [] NÃO []
SUSPEITA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS: []
DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

DADOS CLÍNICOS:
#Peli 16#
Apresenta traços pelo corpo com J vítima de Trauma em ombros. Foi com a poltrona.
Apresenta uma lesão em face não pode de conservação. Traços em punho.
Rígido e colorido viol. Dor em ombro D.
A. Ver a lesão
B. H. A. S. I. R. A.
C. Segmente em face

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO:
EVOLUÇÃO:

Notas: flaco, mole to e pálido no face e punho.
cd: (1) teste de lesão face, viol.

CID:
HORARIO DA MEDICAÇÃO:

DATA DA SAÍDA:
DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO
PERMANÊNCIA NO PRÓPRIO HOSPITAL (SECTOR):
TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):
FAMÍLIA [] IMZ [] ANATOMIA PATOLÓGICA

RAIOX TORNOGRAFIA
NR 1017
SUS 1599
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

SINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:
(2) Análise de 1017
(4) Rx de ombro D AP e perfil
(5) Análise de 1017
(6) Rx de face AP e perfil

Dr. Edson Calixto da Silva
CRM: 52.010.4685-3

DR: Edson Calixto da Silva
BRN 47 E
PONTA DE LATA 2
Página 1 de 1



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
- NOTA CARIOCA -

Número da Nota

00000051

Data e Hora de Emissão

27/06/2016 16:49:47

Código de Verificação

ZLUI-2H5J

20180627023901798000148-23901798000148

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 23.901.798/0001-48

Inscrição Municipal: 1.000.303-2

Inscrição Estadual: ---

Nome/Razão Social: IMPLANTOCENTER EIRELI ME

Nome Fantasia: IMPLANTOCENTER EIRELI ME

Tel.: 2125492620

Endereço: RUA SIQUEIRA CAMPOS 91, A - COPACABANA - CEP: 22031-071

Município: RIO DE JANEIRO

UF: RJ

E-mail: roselydominguito@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 438.312.657-04

Inscrição Municipal: ---

Inscrição Estadual: ---

Nome/Razão Social: JOAQUIM ALVES FARIAS

Endereço: ---

Tel. ---

Município: RIO DE JANEIRO

UF: RJ

E-mail: ---

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Tratamento odontológico

- 2 Extrações 11 e 22 R\$160,00
- 2 Restaurações 41 e 31 R\$300,00
- 1 Prótese fixa R\$ 1200,00
- 2 Radiografia R\$ 40,00

Comprovantes de despesas médicas

VALOR DA NOTA = R\$ 1.700,00

Serviço Prestado

04.12.01 - odontologia

Deduções (R\$)	Desconto Incond. (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito Gerado (R\$)
0,00	0,00	1.700,00	5,00%	85,00	8,50

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 5.098 de 15/10/2009 e no Decreto nº 32.250 de 11/05/2010
- PROCON-RJ, Av. Rio Branco nº 25, 5º andar, tel 151: www.procon.rj.gov.br
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 11/07/2016.
- Esta NFS-e substitui o RPS Nº 54, emitido em 27/08/2016.

POP PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA ME

AV N. SRA DE COPACABANA, 950 - COPACABANA

RIO DE JANEIRO - RJ - IRT=54,12 - CEP:22060-002

CNPJ:13.173.994/0003-51

IE:79.307.211

29/07/2016 10:34:39 CCF:203222

CUPOM FISCAL

ITEM CADASTRO DESCRICAO QTD UNID (RS) ST VL ITEM (RS)

001 789600277408 538 - DLEO MINERAL 700ML 00

TUN X 14,10 F1 34,104

desconto

-4,15

TOTAL R\$

TRUCO R\$

MD5: 2584d1c46d58a0b800c88432322cd2b2

PV0000190689

PRICON AV. Rio Branco, 25 RJ (21) 151

ALERJ R 10 MARCO s/n RJ (21) 2588-1000

trib aprox R\$: Fed 1,34 Imp 2,28

Fonte: IBPT

"NAO EFETUAMOS TROCA SEM CUPOM FISCAL"

Aplicativo: ERPM_PDV.exe

4405KRTM M8R9EJM 02026TG 2FG3ICHL KSN01CUPALK

BEMATECH MP-2100 1H F1 ECF-IF

VERSAO:01.01.01 ECF:006 LJ:0003

00000000KEETRIEOR 29/07/2016 10:35:08

FAB:BE051175610000112349

BR

Entrega em Domicílio Motorizada



- Copacabana Rua: Santa Clara, 127 2545-2000
- Copacabana Av. N. S. de Copacabana, 950 2545-2000
- Copacabana Av. N. S. de Copacabana, 1048 2545-2000
- Tijuca 1 Rua: Mariz e Barros, 470 2569-2727
- Ipanema Rua: Visconde de Pirajá, 200 São João de Meriti - Centro Rua: Assis Tanus Bedran, 81 Nilópolis - Centro Av. Miranda, 42 São Gonçalo - Centro Rua: Dr. Feliciano Sodré, 239 D. Caxias - Centro Rua: José de Alencar, 288 Madureira Est. do Portela, 29 N. Iguaçú - Centro Av. Governador Amarel Pelxoto, 6 Centro - RJ Rua: Uruguaiana, 19 Niterói - Centro Av. Visconde do Rio Branco, 361 Campo Grande - RJ Rua: Coronel Agostinho, 135

Os dados impressos têm vida útil de 7 anos. Para isso, este cartão deve ser usado com plástico, líquido, produzido em laboratório, e armazenado em local seco, limpo e ventilado.

Os dados impressos têm vida útil de 7 anos. Para isso, este cartão deve ser usado com plástico, líquido, produzido em laboratório, e armazenado em local seco, limpo e ventilado.

NOVA MUNITAL FARMACIA E DROGARIA LTDA ME
ETR DO ITANHANGA, 2631-ITANHANGA
RIO DE JANEIRO-RJ CEP:22753-005 IRF:64-15
CNPJ: 15.421.200/0001-95
IE:79.655.163

29/04/2016 08:41:42V CF:000690 COD:000898

CUPOM FISCAL

ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UNID VAL UNIT (R\$) ST VL ITEM (R\$)
001 0540 AROXECTILIN 50MG C/21 PMLT 1 P1 21,00

TOTAL R\$

DIMHE(R\$) 21,00

1CHS R\$0 - VALIDO PARA U CUPOM MANIA.

VEND.: JONI

3KEDKOP7 44TEIGES KKM+7YET 3KEGBG03 1TNBD2CPJBU
BEMATECH MP-2100 1H F) ECF-IF
VERSAO:01.01 ECF:001 LJ:0001
000000000000VITORYI 29/04/2016 08:41:43V

FAB:BE051275610000143353

BR

[illegible]

40 milímetros - PREGUETUVER - CNPJ: 04.079.887/0001-06
- Alto ColepaulCAS Papel 1072011



www.cityfarma.com.br

vidia útil de 5 anos desde que se crede corollado dralo
pr produtos culmicos, bem como a exposiçao ao
sol e humidade de lâmpacas fluorescentes.

*Para uso em ECF - Câmp. 40
Alto ColepaulCAS 0102011 - P



www.cityfarma.com.br

Os dados impressos sem vida
com plásticos, scvenies ou
calor e umidade excessiva, lu

=====

RIBEIRO
POR: DARLAN CILIO FERREIRA
09:45:41
ULTIMA ALT: 02/05/2016
POR: EDSON CALIXTO DA SILVA
15:48:24
CADASTRADO: 28/04/2016

25/04/1956
DATA DE NASCIMENTO

JOAQUIM ALVES FARIAS

PACIENTE N. 267544

=====

CARTAO DE INSCRICAO

=====

MS/DATASUS, F. JUS
HOSPITALAR 12.0.2.0
HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL
COUTO

HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL
COUTO

FICHA DE MARCADO DE
CONSULTA

PACIENTE COD.: 267544
NOME: JOAQUIM ALVES FARIAS

DATA DA CONSULTA
02/05/2016
HORA MARCADA
09:43:54

PROFISSIONAL DR(A) NEY
MEDEIROS PINTO JUNIOR
AG CIR TRAUMATO BUCO
MAXILO FACIAL

OBS.: COMPAREÇA 30
MINUTO(S) ANTES DA HORA
MARCADA PARA ASSEGURAR O
SEU ATENDIMENTO

AGENDADO: 02/05/2016

09:43:54
POR: DARLAN CILIO FERREIRA
RIBEIRO

DROGARIAS PREÇO BOM

DROGARIA GUSMÃO CAXIENSE LTDA.

Av. Tancredo Neves, 752 - Loja A - Itaipava - Duque de Caxias - RJ

Telephone: 2653-4474

C.N.P.J. 06:241.548/0001-00

INSC. ESTADUAL 77.716.980

1RF 17.01

NOTA DE VENDA

Q.E.D.

2444 N

Endre:

NAME:

QUANT.

DESCRICAÇÃO DAS MERCADORIAS

P. UNITARIO

TOTAL MS

ד'תשנ"א

CHITRA PLOT OF Δ vs Δ FOR Δ AND Δ ON Δ

TOTAL R\$

3

Gráficas FAMMA Ltda. - Rua Jacaré, 27-A - Cx. 25.025-080 - V. Camandô - Praça de Caxias - RJ
Tel. 26.75.8848 - CNPJ 02.844.592/0001-74 - Insc. Est. 75.858.595 IPI 17.01 - Insc. Mun. 56.03016
50 latões 50x3 vias Nota de Venda - 001 a 2.500

RECEIVED BY CHIEF OF POLICE

28/4/15	28-04-15
28-04-15	28-04-15

28/4/15

/

Retornar no Ambulatório
de Cirurgia Buco Max
facial (Sala 15) no dia
02/5/16 às 9 horas

294913	294913
294913	294913

294913

RECEBUE

PROTEÇÃO PATRIOTICA DO BRASIL

PROTEÇÃO PATRIOTICA DO BRASIL



16-JUL-2017 18:41 341427 1/1

SEGURO DE VIDA DE LA FAMILIA



MINISTERIO DE SALUD
BOGOTÁ, D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

PROCESO

Unidad	Nombre del paciente	Fecha de ingreso
	Joquim Alves Faria	29/4/13

Uso oral:

- Amoxicilina 500 mg
Tomar 4 veces al
8 en 8 horas, durante
7 días

Fecha	28/4/13
Nombre del paciente	Joquim Alves Faria
Nombre del médico	[Signature]

MINISTERIO DE SALUD DE LA FAMILIA

IMPLANTO CENTER

Dr. Roberto Aguiar Alves Soares

Ortista Odontológico

Ortista para fins de Trabalho que o paciente
representado esteve sob os meus cuidados na data
de hoje, necessitando de 3 (três) dias de afastamento
de de meus atividades habituais.

23, 24 de maio de 2016

Dr. Diego M. Spina
Cirurgião - Dentista
CRO - 43041

Tel: 2549-2620 - Cel: 98888-8042
Rua Siqueira Campos, 97 A - Sobrelaja
Copacabana - Rio De Janeiro - RJ



Ministério
da Saúde



ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR.(A)

Oliver Foucar 937.657 (SSP cari)

IDENTIL OU REGISTRO

FOI ATENDIDO (A)

Cirurgia Buco Maxilo Facial

CLINICA OU SERVIÇO

H. M. Miguel Costa

DO

HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA 28/04/16 AS 15:48 HORAS, NECESSITANDO DE 07 sele

POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID

3AM 29 4/13

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Rio de Janeiro, 28/4/16

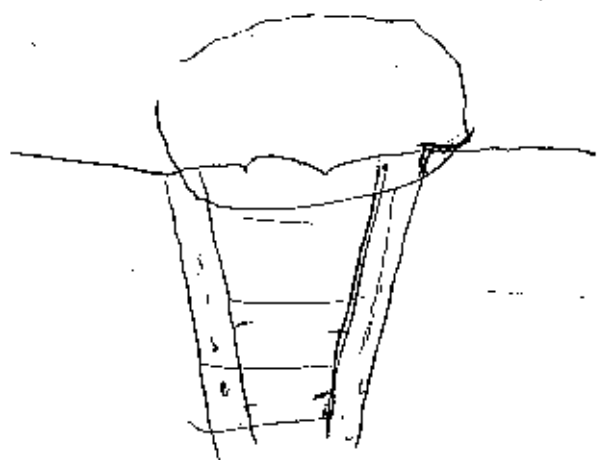
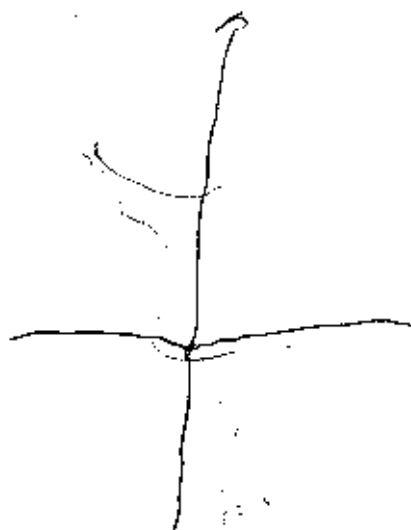
LOCAL E DATA

Dr. Oliver Foucar

ASSINATURA DO MEDICO / ODONTÓLOGO

(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.





GOVERNO DO
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE GOVERNO

2º Via

0059838450

Comprovante de residência



DADOS DO CLIENTE

Nome: JOAQUIM ALVES FARIAS

Endereço: RUA ISABEL, CENTRO

Cidade: GUAIRAS

CID: 82.180.000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

ECONOMIA

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pecuária: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Unidade: 136 Sigla: 001 Código: 0127 Unidade: 0250 Categoria: 0000

DATA

Última Medição: 22/08/2016 Emissão: 23/08/2016 Valor Água: 230,479

Última Abastecimento: 20/07/2016 Última Leitura: 15/09/2016 Valor Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA DE 08/2016

Grupos Analisados	Cabeço	Substâncias	Cor	Coliformes Totais	Zetereófitos (U/L)
Cabeças	015	015	005	015	015
Substâncias	015	015	005	015	015
Coliformes Totais	015	002	000	015	015

MENSAGENS: INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontramos quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2015, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do período e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

DESCRIÇÃO DOS DÉBITOS

Descrição	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE PAGAMENTOS	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
ÁGUA	54,35	SETE/2015	0	0
MULTA DE 2%	0,89	OUT/2015	0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,61	FEV/2015	3	0
		JAN/2016	2	0
		FEV/2016	13	0
		MAR/2016	10	0
		ABR/2016	8	0
		MAY/2016	5	0
		JUN/2016	0	0
		JUL/2016	0	0
		AGO/2016	0	0

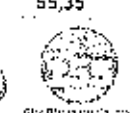
RESUMO DO PAGAMENTO

Valor (R\$) Descrição Valor (R\$) Descrição

MES/ANO
09/2016

VENCIMENTO
06/10/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)
55,35

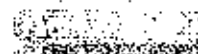


É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações, consulte o site: www.cagece.com.br ou a Central de Atendimento: 0800-000-1111. Horário de atendimento: das 8h às 17h. Atendimento em português: 0800-000-1111. Atendimento em espanhol: 0800-000-1111. Atendimento em inglês: 0800-000-1111.



GOVERNO DO
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE GOVERNO



DADOS DO CLIENTE

Nome: JOAQUIM ALVES FARIAS

Endereço: RUA ISABEL, CENTRO

Cidade: GUAIRAS

CID: 82.180.000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa:

Via: 136

Sigla: 001

Código: 0127

Unidade: 0250

Categoria: 0000

End. Entrega:

Empresa: