

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.663.103 14/10/2008

<< MACKDOWEL TELES DA SILVA >>

<< JOSÉ IVANILDO LEANDRO DA SILVA >>

<< SUZELI MARIA TELES DA SILVA >>

RECIFE - PE 21/08/1989

<< CN.33019.L29-A.F151-V.CART.

TEJIPÍO RECIFE-PE.23.08.89. >>

4391

Emissão

CORREIOS

Ministério da Pesca e Aquicultura

Recatula Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Nome 081.051.354-42

Nascimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

CAC - 01

SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO

Cartão de Identificação

Mackdowel Teles da Silva



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **081.051.354-42**

Nome: **MACKDOWEL TELES DA SILVA**

Data de Nascimento: **21/08/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/03/2006**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:31:31** do dia **25/04/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **E263.9031.04E7.10AC**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/04/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 012801650791

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 454345356 ***** 2016

EDVAN HENRIQUE TAVARES

CARPINA - PE

037.534.034-31

PEI2972

***** 9C2JC4110CR474173

PM3 MOTOCICLETA

CAROLINA

HONDA/CG 125 PAN K3

2016

2F/124CL

PARTIC

VERMELHA

IPVA 2016 QUITADO

11 *****

IPVA 2016 QUITADO

24 *****

SEM RESERVA

31 *****

SEM RESERVA

31 *****

CARPINA - PE

13/09/16

Charles Anderson Sousa Ribeiro

Director (Presidente DETRAN/PE)

DETRAN

DETRAN

PE Nº 012801650791

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDVAN HENRIQUE TAVARES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodovanssifo.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CARPINA - PE

2016-09-13/09-16

1 037.534.034-31

PEI2972

454345356

HONDA/CG 125 PAN K3

UNICA MEXICO

2016-09-09

9C2JC4110CR474173

PRÊMIO TARIFARIO

PREMIO

PREMIO

PREMIO

SEGURADORA LITER - DPVAT

CPF 00.243.208/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

W.P. NACI E NE. POSTE. CARTAGGOTO

KOTE SEGURO:
Erica Araujo
14/10/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190584144 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MACKDOWEL TELES DA SILVA **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (P2).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º DEDO DO PÉ 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 MODERADO DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190584144 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MACKDOWEL TELES DA SILVA **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (P2).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º DEDO DO PÉ 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 MODERADO DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190584144

Vítima: MACKDOWEL TELES DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MACKDOWEL TELES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190584144

Vítima: MACKDOWEL TELES DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MACKDOWEL TELES 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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MACKDOWEL TELES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 46

Conta: 0000013952-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



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: 081.051.354-42 4 - Nome completo da vítima: mackdavel filis da silva

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

5 - Nome completo: mackdavel filis da silva 6 - CPF: 081.051.354-42
7 - Profissão: guiso inf 8 - Endereço: Lot. Santa Cruz 11 9 - Número: 11 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bairro Novo 12 - Cidade: Carpina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55810-000
15 - E-mail: marceloamssone@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 81 97915-3756

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0046 013 CONTA: 13952 4

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

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 (por 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Carpina, 08/19/2019
Mackdavel Filis da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

POUPANÇA

4392 6718 4855 3240

10/24

MACKDOWEL TELES DA SILVA
0046 013 00013952-4

VISA

Electron



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0135001930**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/05/2019 às 12:30**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/2/2019 às 22:26**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 1, LOCALIDADE DE GUADALAJARA -**
Bairro: **CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDVAN HENRIQUE TAVARES (OUTRO)
MACKDOWEL TELES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MACKDOWEL TELES DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

MACKDOWEL TELES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SUZELI MARIA TELES DA SILVA Data de Nascimento: 21/8/1989 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 10, LOTEAMENTO SANTA CRUZ - CEP: 0 - Bairro: SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A QUADRA DO SOCYETE**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

EDVAN HENRIQUE TAVARES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1 - CEP: 0 - Bairro: SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/05/19

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDVAN HENRIQUE TAVARES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MACKDOWEL TELES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEI2872** (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: **454345356** Chassi: **9C2JC4110CR474175**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

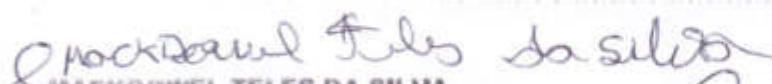
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

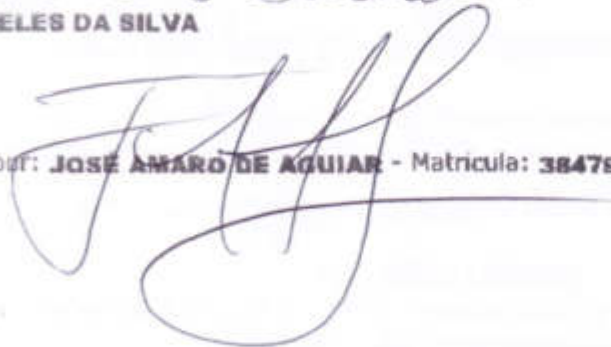
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. MACKDOWEL TELES, RELATANDO QUE NO DIA 26/02/2018, AS 22:26 HS, QUANDO TRAFEGAVA NA MOTO DE PROPRIEDADE DO SR. EDVAN HENRIQUE TAVARES, DE PLACA PEI-2872, NA LOCALIDADE DE GAUDALAJARA, RODOVIA BR-408 - PAUDALHO-PE, NO SENTIDO PARA CARPINA, UMA MOTO DE PLACA E CONDUTOR NÃO ANOTADO TERIA COLIDIDO COM A MOTO QUE A VITIMA ESTAVA CONDUZINDO, O MESMO CAIU AO SOLO, FICANDO FERIDO, COM FRATURA NO DEDO DO PÉ ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA UNIDADE MISTA DESTA CIDADE, E NO OUTRO DIA TERIA SIDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, EM RECIFE-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA NO DEDO DO PÉ ESQUERDO. DIANTE OS FATOS, SOLICITA PROVIDENCIAS POLICIAIS QUE O CASO REQUER.

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


MACKDOWEL TELES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE AMARO DE AGUIAR** - Matrícula: **3847977**



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
04/03/19

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: 081.051.354-42 4 - Nome completo da vítima: mackdavel filis da silva

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

5 - Nome completo: mackdavel filis da silva 6 - CPF: 081.051.354-42
7 - Profissão: guiso inf 8 - Endereço: Lot. Santa Cruz 11 9 - Número: 11 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bairro Novo 12 - Cidade: Carpina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55810-000
15 - E-mail: marceloamssone@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 81 97915-3756

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0046 CONTA: 13952 4

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

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 (vivo/não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Carpina, 08/19/2019
Mackdavel Filis da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

POUPANÇA

4392 6718 4855 3240

10/24

MACKDOWEL TELES DA SILVA
0046 013 00013952-4

VISA

Electron

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00003931-4

No. Ocorrência: 00041

Nome: MACKDOWEL TELES DA SILVA

Idade: 29 ANOS, 6 MESES E 4 DIAS

Endereço: RUA SOLONOPOLIS, Nº 82

Dt. Nasc.: 21/08/1989 Sexo: M Est. Civil:

Cidade: RECIFE/PE

Bairro: BARRO

CEP:

Documento:

CNS:

Nac:

Mãe: SUZELI MARIA TELES DA SILVA

Sisprenatal:

Tel:

Profissão:

Pai:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
25/02/2019 22:26	0004561	ACIDENTE DE MOTO

PRE CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Distúrbio no sono
em alguns dias
noto

Tratamento

Sf 100 ml
1. 100 ml
Sf Rx
Pet val 1034
monho no manho

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Segunda-feira, 25 de Fevereiro de 2019 às 22:26

Recepcionista: SILVIA LUCAS

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:	
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM
☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada		HORÁRIO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

KOTE SEGURANÇA
Erica Araujo
14/11/19

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: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MACKDOWEL TELES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00046

CONTA: 000000013952-4

Nr. da Autenticação 1023D73AA025C86C

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, marckdowel teles da silva,

RG nº 7.663.103, data de expedição 14/10/08, Órgão SDS/PE,

CPF nº 081.051.354.42, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Lot - Santa Cruz 11</u>
Número	<u>11</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Barro novo</u>
Cidade	<u>Carpiua</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55 810 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756 / 99138-2325</u>
E-mail	<u>marcelo assessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpiua, 26/04/2019

Assinatura do Declarante:

marckdowel teles da silva

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/10/19

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ROSILENE MARIA DE SOUZA
CPF: 094.335.744-60

DATA DE VENCIMENTO

16/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

70,39

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

06/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

076256361

CONTA CONTRATO
007031897305

Nº DO CLIENTE
2016708073

Nº DA INSTALAÇÃO
0006759776

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO STA CRUZ II 11 -PR

BAIRRO NOVO/CARPINA
55610-600 CARPINA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

4E04.957F.C173.F666.E6C7.6574.79F0.B7AC

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	78,00	0,77952320	60,80
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,42
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 064769504-06/06/19			0,66
TOTAL DA FATURA			70,39

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Receb	Valor
14/09/19	06/09/19	95,23
14/09/19	08/07/19	78,78

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla
débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos
de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir
cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de
cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 8.34933008

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
Consumo Ativo(kWh)	8.34933008	78
SET 19		106
AGO 19		30
JUL 19		98
JUN 19		79
MAI 19		84
ABR 19		
MAR 19		
FEV 19		
JAN 19		
DEZ 18		
NOV 18		
OUT 18		
SET 18		

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	IS	%
Geração de Energia	22,51	34,51
Transmissão	2,26	3,47
Distribuição (Celpe)	13,69	20,99
Encargos Setoriais	3,21	4,92
Tributos	19,24	29,50
Perdas de Energia	4,31	6,61
TOTAL	65,22	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
65,22	25,00	16,30	65,22	0,81	0,52	65,22	3,72	2,42

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003183248480	CAT	07/08/2019	394,00	06/09/2019	472,00	30	1,00000	0,00	78,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CARPINA	2,19	5,31	10,62	21,25
FIC-No.de vezes sem Energia		2,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,33	3,03	0,80	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,27					
Total Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007031897305	09/2019	70,39	16/09/2019	

838400000006 703900110073 031897305108 141836409934



Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: DIVALDA DINIZ DE CARVALHO
FERRAZ PIOLLA

Em 28/02/2019 08:11

Paciente: 1081053 - MACKDOWEL TELES DA SILVA

Idade: 29 Anos 6 Meses 7 Dias

Data de Nascimento: 21/08/1989

Prestador Assistente: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 12345

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3304701

Leito: CORREDOR-66-S

Admissão: 27/02/2019 10:21

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 470627 (FECHADO)

Responsável: DIVALDA DINIZ DE CARVALHO FERRAZ
PIOLLA - CRM 10928 / CIRURGIA GERAL

Data de Referência:

28/02/2019

Data/Hora do Documento:

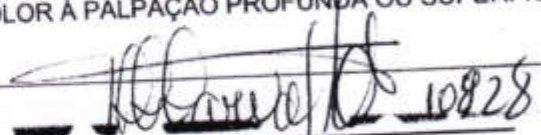
28/02/2019 08:09

~~CIRURGIA GERAL - EMERGENCIA~~

PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA HÁ 3 DIAS, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA.

AO EXAME: ABDOME FLACIDO, PLANO, DEPRESSIVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO PROFUNDA OU SUPERFICIAL.

CD: AGUARDA LAUDO DE TC C/C


DIVALDA DINIZ DE CARVALHO FERRAZ
CRM 10928

REVISADO
28/03/19

Serg

Uniao geral

28/02/19 +1hr

peito, um dor e para
quente. Neq ante prova

Boq, Opaco, Coado, anadine

Ado em situat

CP Alto de un-se gal
mante e adordio por
mohor



**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE**



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: MACKDOWEL TELES DA SILVA		Nº DO REGISTRO: 1081053
CLINICO: ORTOPEDISTA		Nº DO LEITO:
OPERADOR: DR RENATO LIMA		
1º ASSISTENTE: PEDRO FARIAS	2º ASSISTENTE: JOAQUIM FERNANDES	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: CIRURGIAO	
ANESTESISTA: BLOQUEIO LOCAL	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 28/02/2019	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA F1 3 PDE		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TTO CIRURGICO FRATURA EXPOSTA F1 3 PDE		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA LOCAL
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO PUNTIFORME EM BASE 3 PDE
5. LIMPEZA COM SORO FISIOLÓGICO EXAUSTIVA
6. APOSIÇÃO FIO K 1.5MM INTRAMEDULAR
7. OBSERVADA BOA REDUÇÃO A RADIOSCOPIA
8. SUTURA
9. CURATIVO
10. A SR

(Handwritten signature)

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
34/10/19



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: MACKDOWEL TELES DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Mãe: SUZELI MARIA TELES DA SILVA
Endereço: INVASAO, N.º 0 - : BAIRRO: SANTA CRUZ - CIDADE: CARPINA - UF: PE

Idade: 29 Anos 6 Meses 5 Dias
Nasc. 21/08/1989
Contatos: 81. 86693799 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 26/02/2019 12:23
Prontuário: 1081053
Nº. Atendimento: 3304225
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente motociclístico há 15h com trauma em hte e pé esquerdo. Refere pancada na cabeça. Nega perda de consciência ou vômitos

História Clínica

Paciente vítima de acidente motociclístico há 15h com trauma em hte e pé esquerdo. Refere pancada na cabeça. Nega perda de consciência ou vômitos

Exame Físico

Consciente e orientado ECG = 15, ferimento em 3pde + deformidade local supneico, porém refere dor em HTE

Observações

Rx- fratura 3pde

Conduta

interno para cirurgia de urgencia (fratura exposta do 3pde)
Solicito avaliação da cirurgia geral

André Palitot
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 16457

ANDRE ALENCAR BARBOSA PALITOT - CRM: Nº.16457

KOTE SEGURU-
Erica Araujo
14/10/19

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Em 01/04/2019 14:59

Paciente: 1081053 - MACKDOWEL TELES DA SILVA

Idade: 29 Anos 7 Meses 11 Dias

Data de Nascimento: 21/08/1989

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - nuli - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3304225

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Leito:

Admissão: 26/02/2019 12:23

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 469842 (FECHADO)

Responsável: ALINE VICTORIA LEAO MENEZES - CRM
24964 / CIRURGIA GERAL

Data de Referência: 26/02/2019

Data/Hora do Documento: 26/02/2019 13:07

#CG#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA 16 H. REFERE HEMATURIA. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS

AO EXAME: EGBOM CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO AFEBRIL
ABD: SEMIGLOBOSO FLACIDO DEPRESSIVEL INDOLOR
AGU: AUSENCIA DE URETRORRAGIA OU EQUIMOSE EM ESCROTO

CD: SOLICITO TAC DE ABD CC

ALINE VICTORIA LEAO MENEZES
CRM 24964

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/10/19

Paciente: 1081053 - MACKDOWEL TELES DA SILVA

Idade: 29 Anos 7 Meses 11 Dias

Data de Nascimento: 21/08/1989

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3304701

Leito: TRAU 12-02 - POSTO I Admissão: 27/02/2019 10:21

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 471309 (FECHADO)

Responsável: ARTUR FREIRE SOARES - CRM 26910 /
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 01/03/2019
Data/Hora do Documento: 01/03/2019 10:06

HD: FRATURA EXPOSTA 3º PDE

PACIENTE EVOLUI SEM QUEIXAS
FO DE BOM ASPECTO

CD: 1) ALTA COM ORIENTAÇÕES E ATB

ARTUR FREIRE SOARES
CRM 26910

KOTE SEGURO
Erica Araújo
31/03/19



****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejió – Recife – PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: MACKDOWEL TELES DA SILVA

PRONTUÁRIO Nº: 1081053 ALTA HOSPITALAR: 01/03/18

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE PÓS-OPERATÓRIO DE ORTOPEDIA

EM: 15 DIAS

MÉDICO:

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 01/03/18

[Assinatura]
RECIFE, 01/03/18
MÉDICO

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

VISTO – CHEFIA DO AMBULATÓRIO

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
11/01/19



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: MACKDOWEL TELES DA SILVA	Leito: 03
Reg: 1081257	Enf: 12

DATA DE ENTRADA: 27/02/19	DATA DE SAÍDA: 01/03/19
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:	
FRATURA EXPOSTA DE F1 3ºPDE	
DIAGNÓSTICO FINAL:	
O MESMO	

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE F1 3ºPDE
PACIENTE EVOLUIU BEM NO PÓS OPERATÓRIO, COM FO COM BOM ASPECTO. RECEBE ALTA COM DEVIDAS ORIENTAÇÕES APÓS 24 HORAS DE ANTIBIÓTICO VENOSO

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: ORTOPEDIA
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Juliana

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado MACKDOWEL TELES DA SILVA portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 10 (DEZ) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico:



Recife, 01/03/19

Médico – CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO