

REPUBLICA DE GUATEMALA
 MINISTERIO DE INTERIORES
 DIRECCION GENERAL DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION PERSONAL

Nombre Completo: [Illegible]

Apellido: [Illegible]

Nombre: [Illegible]

Fecha de Nacimiento: [Illegible]

Lugar de Nacimiento: [Illegible]

Sexo: [Illegible]

Estado Civil: [Illegible]

Profesion: [Illegible]

Fecha de Emision: [Illegible]

Fecha de Validacion: [Illegible]

Numero de Identificacion: 473953700

Observaciones: [Illegible]

Firma: [Illegible]

Caratula: [Illegible]

Supervisor: [Illegible]

Caratula: [Illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E TATUAGEM

CACI 01

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Adelto Apriq de Souza




VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO
SINAL 6.227.574

DATA DE
EXPEDICAO 01/06/2011

NOME
<< ADEILDO APRIGIO DE SOUZA >>

FILIAÇÃO
<< ANTONIO APRIGIO DE SOUZA >>
<< ANTONIA MARIA DE FREITAS >>

NATURALIDADE
RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO
12/01/1983

DOC ORIGEM << CN.63037 L.A-54 F.127 CART.CASA

AMARELA-RECIFE-PE 16.10.2008 >>

CPE
047.639.534-86

ASSINATURA DO DIRETOR
F-44 29.853 4331

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

DETALHAR PE Nº 012153610925

DETERMINAÇÃO DE PRECATORIO DE CANCELAMENTO DE PRECATORIO

1. Nº 012153610925

2. Nº 012153610925

3. Nº 012153610925

4. Nº 012153610925

5. Nº 012153610925

6. Nº 012153610925

7. Nº 012153610925

8. Nº 012153610925

9. Nº 012153610925

10. Nº 012153610925

11. Nº 012153610925

12. Nº 012153610925

13. Nº 012153610925

14. Nº 012153610925

15. Nº 012153610925

16. Nº 012153610925

17. Nº 012153610925

18. Nº 012153610925

19. Nº 012153610925

20. Nº 012153610925

21. Nº 012153610925

22. Nº 012153610925

23. Nº 012153610925

24. Nº 012153610925

25. Nº 012153610925

26. Nº 012153610925

27. Nº 012153610925

28. Nº 012153610925

29. Nº 012153610925

30. Nº 012153610925

31. Nº 012153610925

32. Nº 012153610925

33. Nº 012153610925

34. Nº 012153610925

35. Nº 012153610925

36. Nº 012153610925

37. Nº 012153610925

38. Nº 012153610925

39. Nº 012153610925

40. Nº 012153610925

41. Nº 012153610925

42. Nº 012153610925

43. Nº 012153610925

44. Nº 012153610925

45. Nº 012153610925

46. Nº 012153610925

47. Nº 012153610925

48. Nº 012153610925

49. Nº 012153610925

50. Nº 012153610925

PE Nº 012153610925 BILHETE DE PRECATORIO

DETERMINAÇÃO DE PRECATORIO DE CANCELAMENTO DE PRECATORIO

1. Nº 012153610925

2. Nº 012153610925

3. Nº 012153610925

4. Nº 012153610925

5. Nº 012153610925

6. Nº 012153610925

7. Nº 012153610925

8. Nº 012153610925

9. Nº 012153610925

10. Nº 012153610925

11. Nº 012153610925

12. Nº 012153610925

13. Nº 012153610925

14. Nº 012153610925

15. Nº 012153610925

16. Nº 012153610925

17. Nº 012153610925

18. Nº 012153610925

19. Nº 012153610925

20. Nº 012153610925

21. Nº 012153610925

22. Nº 012153610925

23. Nº 012153610925

24. Nº 012153610925

25. Nº 012153610925

26. Nº 012153610925

27. Nº 012153610925

28. Nº 012153610925

29. Nº 012153610925

30. Nº 012153610925

31. Nº 012153610925

32. Nº 012153610925

33. Nº 012153610925

34. Nº 012153610925

35. Nº 012153610925

36. Nº 012153610925

37. Nº 012153610925

38. Nº 012153610925

39. Nº 012153610925

40. Nº 012153610925

41. Nº 012153610925

42. Nº 012153610925

43. Nº 012153610925

44. Nº 012153610925

45. Nº 012153610925

46. Nº 012153610925

47. Nº 012153610925

48. Nº 012153610925

49. Nº 012153610925

50. Nº 012153610925

NOTA: O BILHETE DE PRECATORIO DEVE SER
PREENCHIDO EM TODAS AS COLUNAS E
AS INFORMAÇÕES DEVEM SER VERIFICADAS
EM SEUS RESPECTIVOS DOCUMENTOS.

DATA DE EMISSÃO: 02/06/2015

PRECATORIO Nº 012153610925

1. Nº 012153610925

2. Nº 012153610925

3. Nº 012153610925

4. Nº 012153610925

5. Nº 012153610925

6. Nº 012153610925

7. Nº 012153610925

8. Nº 012153610925

9. Nº 012153610925

10. Nº 012153610925

11. Nº 012153610925

12. Nº 012153610925

13. Nº 012153610925

14. Nº 012153610925

15. Nº 012153610925

16. Nº 012153610925

17. Nº 012153610925

18. Nº 012153610925

19. Nº 012153610925

20. Nº 012153610925

21. Nº 012153610925

22. Nº 012153610925

23. Nº 012153610925

24. Nº 012153610925

25. Nº 012153610925

26. Nº 012153610925

27. Nº 012153610925

28. Nº 012153610925

29. Nº 012153610925

30. Nº 012153610925

31. Nº 012153610925

32. Nº 012153610925

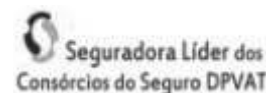
33. Nº 012153610925

34. Nº 012153610925

35. Nº 012153610925

JUN-2015

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357215/19

Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

CPF: 047.639.534-86

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 21/10/2016

Titular do CPF: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

ADEILDO APRIGIO DE SOUZA : 047.639.534-86

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190583259 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO E FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO DIREITO (POLEGAR)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO E OPOENCIA DO POLEGAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO E REABILITAÇÃO SATISFATORIAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190583259 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA DIREITO.
FRATURA DO METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO - PLACA E PARAFUSOS / MÃO - FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X2 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190583259 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA DIREITO.
FRATURA DO METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO - PLACA E PARAFUSOS / MÃO - FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

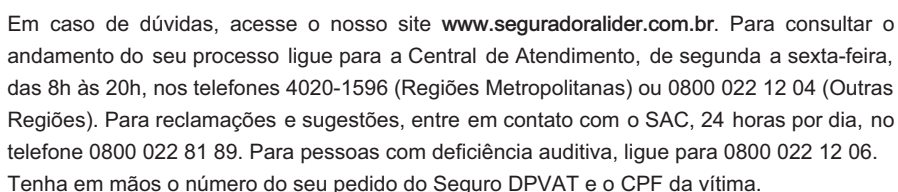
**Documentos
complementares:**

Observações: X2 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583259

Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Data do Acidente: 21/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190583259 Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Data do Acidente: 21/10/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583259

Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Data do Acidente: 21/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583259

Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Data do Acidente: 21/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 033

Agência: 000003909

Conta: 000001090406-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190583259 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO E FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO DIREITO (POLEGAR)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DA PRONOSSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO E OPOENCIA DO POLEGAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO E REABILITAÇÃO SATISFATORIAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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:

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): ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nascenturo no parto? ☐ 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 daqueles 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, a fim da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 14 DE OUTUBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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:

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): ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nascenturo no parto? ☐ 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 daqueles 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, a fim da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 14 DE OUTUBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

047.639.534-86

4 - Nome completo da vítima:

ADEILDO APRIÍDIO DE SOUZA

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

5 - Nome completo:

ADEILDO APRIÍDIO DE SOUZA

6 - CPF:

047.639.534-86

7 - Profissão:

CARPINTEIRO

8 - Endereço:

RUA ACARÍ

9 - Número:

063

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ALBERTO MAIA

12 - Cidade:

CAMARAGIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54771-700

15 - E-mail:

81983161306

81983161306

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ Viúvo

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Outro

24 - Data do acidente:

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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (se houver)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabeticado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 14 DE OUTUBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXAS ELETRONICAS SANTANDER
DEPOSITO PRATICO

24/10/2019 10:14:04 DATA CONTABIL: 24/10/2019
LOCAL: 033.3295 - RECIFE-VEN
TRANSACAO: 0609755 TERMINAL: 0000179

ADEILDO APRIGIO DE SOUZA
BANCO: 033 AGENCIA: 3909 CONTA: 01-090406-3

DEPOSITO N. ENVELOPE TRANSACAO VALOR
DINHEIRO 356189009 609755

Deposito do dia 24/10/2019
TOTAL DOS DEPOSITOS:

.....
A EFETIVACAO DA TRANSACAO FICA CONDICIONADA
A CONFERENCIA DOS DOCUMENTOS E VALORES
CONFORME INSTRUcoes DE USO CONTIDAS NO VERSO
DO ENVELOPE.

AS OPERACOES REALIZADAS AP0S O HORARIO BANCARIO,
FINAIS DE SEMANA E FERIADOS, SERAO PROCESSADAS
ATE O FINAL DO PROXIMO DIA UTIL

.....
ACESSE O APP OU IB SANTANDER PARA CONSULTAS E
TRANSACOES A QUALQUER HORA OU LUGAR.
.....

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190583259
Nome do(a) Examinado(a): Adeildo Aprigio de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): R Acari, 63
Alberto Maia Camaragibe PE CEP: 54771-700
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6227574
Data local do acidente: [21/10/2016]
Data local do exame: [04/11/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO E FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO DIREITO (POLEGAR)
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS NO RADIO E ULNA E FIOS DE AÇO NO POLEGAR.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DA PRONOSSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO E OPONENCIA DO POLEGAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL GLOBAL RESIDUAL AO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



553468

035 7215/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0096006423**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/10/2016** às **08:30**

Complementa o BO Número: **16E0096006421**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/10/2016** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 1** - Bairro: **CORDEIRO** - **RECIFE/PERNAMBUCO**
/ **BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
LUCON GUIMARAES MENDES (OUTRO)
ADEILDO APRIGIO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ADEILDO APRIGIO
DE SOUZA

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

ADEILDO APRIGIO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANTONIA MARIA DE FREITAS** Pai: **ANTONIO APRIGIO DE SOUZA** Data de Nascimento: **12/1/1983** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6227574/SDS/PE (RG), 04783953486 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º**.
GRAU COMPLETO Profissão: **CARPINTEIRO(A)** Telefones Celulares:
- **984135702**

Endereço Residencial: **RUA ACARI, 83** - CEP: **55000-000** - Bairro: **ALBERTO MAIA** -
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

LUCON GUIMARAES MENDES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCON GUIMARAES MENDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTOCICLETA DE PLACA PDL9808**

BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS) do propriedade do(a) Sr(ã): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ADEILDO APRIGIO DE SOUZA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA RELATANDO QUE NO DIA 21/10/2016 VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA PDL9808 PELA AVENIDA CAXANGÁ QUANDO DE REPENTE UMA PESSOA NÃO IDENTIFICADA EM UMA BICICLETA ATRAVESSOU NA SUA FRENTE PROVOCANDO O ACIDENTE E FAZENDO COM QUE A VÍTIMA VIESSE CAIR NO CANTEIRO CENTRAL DA VIA. INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DE ACORDO COM A FICHA DE ESCLARECIMENTO ATENDIMENTO N° 1563813. INFORMA TAMBÉM QUE DEVIDO A LESÃO NA MÃO DIREITA ESTÁ IMPOSSIBILITADO DE ASSINAR O BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SENDO COMPROVADA A SUA PRESENÇA NO ATO DO REGISTRO DO REFERIDO BOLETIM COM A COLOCAÇÃO DA SUA IMPRESSÃO DIGITAL NO LOCAL DA ASSINATURA.

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


ADEILDO APRIGIO DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE APOLONIO DE LYRA NETO** - Matrícula: **350546-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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:

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): ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nascenturo no parto? ☐ 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 daqueles 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, a fim da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 14 DE OUTUBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 076.11.2016

EM: 16.11.2016

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **ADEILDO APRÍGIO DE SOUZA**, portador do Documento de Identidade nº **6227574** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.639.534-86**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-244571**, que no dia 21 de outubro de 2016, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo bicicleta e moto, por volta das 21h30, na Avenida Caxangá - Cordeiro, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração, Recife, 16 de novembro de 2016.

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

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

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: 11/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03909

CONTA: 000001090406-3

Nr. da Autenticação 5351B38D380C224F

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



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 5589
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
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GISELE VALENÇA DE MEDEIROS

CPF: 633.249.034-81

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO ALVES 105 - PR AP-104
COND EDR SIGMA TRADE CENTERILHA DO LEITE/RECIFE
50070-480 RECIFE 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

DATA DE VENCIMENTO

02/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

19/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

26/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

074042935

CONTA CONTRATO

002525983016

Nº DO CLIENTE

2001355309

Nº DA INSTALAÇÃO

0002965198

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

EA03.D72E.C4D5.C1AF.825B.500E.7A48.56FC

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	223,00	0,77546172	172,02
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,30
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,46
Contrib. Ilum. Públicas Municipais			31,09
ICMS Subvenção-CDE-NEF 000289184-17/05/19			1,72
TOTAL DA FATURA			213,09

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
182,28	25,00	45,57	182,28	0,74	1,34	182,28	3,42	6,23

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(KWh) 0,54493300

HISTÓRICO DO CONSUMO

	KWh
AGO 19	223
JUL 19	236
JUN 19	255
MAI 19	258
ABR 19	242
MAR 19	250
FEV 19	251
JAN 19	105
DEZ 18	274
NOV 18	239
OUT 18	273
SET 18	226
AGO 18	228

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Nº	%
Uso de Energia	52,22 34,08
Transmissão	5,34 3,36
Distribuição (Cabo)	18,44 11,09
Encargos Sociais	9,03 4,65
Tributos	53,14 26,15
Perdas de Energia	12,11 6,54
TOTAL	167,21 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

0061974	CAT	18/07/2019	52.816,00	19/08/2019	53.169,00	32	1,00000	0,00	223,00
---------	-----	------------	-----------	------------	-----------	----	---------	------	--------

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	DESIJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
JUN/2019					
DIC-Id. de horas sem Energia	GAZONETRO	0,00	4,71	0,43	16,85
ID-Id. de vezes sem Energia		0,00	3,11	0,28	12,45
DIC-Id. de duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,53	0,00	0,00
DIC-Id. de duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
ELISA-Id. de Encargo de Uso - R\$ 68,83					
Toda a Consumidora pode solicitar a explicação dos Indicadores DIC, FIC, DNIC e DICRI, qualquer horário					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! as correções foram ruy barbosa; averida advogado Jose paulo cavalcanti. Ilha Joana bazeira / unilar: avenida lins pauli boa vista lista completa em www.celpe.com.br.
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 39.499/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível da tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res-414/ANEEL), Juros 1%am(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definida para os pedidos de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002525983016	08/2019	0,00	02/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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
ANTONIA MARIA DE FREITAS
CPF: 299.950.864-68

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ACARI 63

ALBERTO MAIA/CAMARAGIBE
54771-700 CAMARAGIBE 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

DATA DE VENCIMENTO
23/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)
148,42

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
16/10/2019
DATA DA APRESENTAÇÃO
16/10/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
081110664

CONTA CONTRATO
007013496433
Nº DO CLIENTE
2012628748
Nº DA INSTALAÇÃO
0000637900

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
EEC0.D0E5.DD93.666B.1025.E38D.FFB4.C050

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	151,00	0,81069952	122,41
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,50
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,85
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,37
ICMS Subvenção-CDE-NF 073368119-14/08/19			0,95
Multa por atraso-NF 077069742 - 12/09/19			1,80
Juros por atraso-NF 077069742 - 12/09/19			0,54
TOTAL DA FATURA			148,42

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
ICMS		PIS
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
128,76	25,00	32,19

COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
128,76	1,29	1,66

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
128,76	5,95	7,66

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000		kWh
		OUT 19	151
		SET 19	108
		AGO 19	132
		JUL 19	122
		JUN 19	148
		MAI 19	182
		ABR 19	162
		MAR 19	163
		FEV 19	166
		JAN 19	151
		DEZ 18	175
		NOV 18	155
		OUT 18	148

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	40,74	31,64
Transmissão	4,47	3,47
Distribuição (Celpe)	27,13	21,07
Encargos Setoriais	6,38	4,95
Tributos	41,50	32,24
Perdas de Energia	8,54	6,63
TOTAL	128,76	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
H78043	CAT	12/09/2019	29.915,00	15/10/2019	30.066,00	33	1,00000	0,00	151,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	TABATINGA	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
Limite DICRI: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 45,05					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! anne hortfruit: r. antonio pereira de lucana joao paulo ii / lela novidades: avenida da chesf timbiLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
"Unidade com impedimento à leitura do medidor sujeita à suspensão do fornecimento de energia. Res.ANEEL 414/10."
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.
Consumo Estimado - Local Fechado Ocupado Medidor/Display Interno.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007013496433	MÊS/ANO 10/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 148,42	VENCIMENTO 23/10/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
--------------------------------	--------------------	------------------------------	--------------------------	---

838800000011 484200110078 013496433107 142389632432



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06

Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Giselle Valença de Medeiros
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 633.249.034 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Adeildo Capricio de Souza Inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.639.534 86
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Adeildo Capricio de Souza
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.639.534 / 86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Francisco Sales</u>	Número: <u>105</u>	Complemento: <u>104</u>
Bairro: <u>Ilha do Leite</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:		CEP: <u>50070-490</u>
		Tel.(DDD):

Local e Data: Recife, 14 de Outubro, 2019.



Assinatura do Declarante



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 076.11.2016
EM: 16.11.2016

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **ADEILDO APRÍGIO DE SOUZA**, portador do Documento de Identidade nº **6227574** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.639.534-86**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-244571**, que no dia 21 de outubro de 2016, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo bicicleta e moto, por volta das 21h30, na Avenida Caxangá - Cordeiro, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração, Recife, 16 de novembro de 2016.

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

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

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1563813

Nome: DELO, Alício DE SOUZA

Foi atendido às 22:27 hs. do dia 21 / 10 / 2016

Diagnóstico Provável: fratura dos ossos do antebraço
+ fratura de metacarpo de mão direita por
acidente motor BICICLO, CID: S52 + S62

Treatmento Realizado: fixação com placa e parafuso em
antebraço + fio II em antebraço direito na emergência

Observação: 1) Alta da emergência dia 25.10.16
2) Retorno ao Amb de Traço justo às 15:00h
3) Atendimento das fraturas abertas por 30 dias

Cópia de:

Médico - CRM Nº

Dr. Luiz Vello
Traumatismo / Ortopedia
CRM - PE 24224

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 6086