

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1596 / 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Sheila de Oliveira Moura  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 633376654, do do na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Alisson Roberto Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 701741534, ST  
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Alisson Roberto Alves da Silva  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 701741534, ST 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 Prudente de Moraes</u> | Número: <u>409</u>    | Complemento: _____               |
| Bairro: <u>Hipódromo</u>                | Cidade: <u>Recife</u> | Estado: <u>PE</u>                |
| E-mail: _____                           | CEP: <u>52041-730</u> | Tel.(DDD): <u>(81) 999268546</u> |

Local e Data: Recife, 16/12/2019

Sheila de Oliveira Moura  
Assinatura do Declarante

# Protocolo de Encaminhamento

**TIPO DE OCORRÊNCIA**  
Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA

1772926

Nome do Paciente:

Pac: 330648 - ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA

Idade:

24

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão:

MSE LOCICENE ALVES DA SILVA

22/01/1995

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

## CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S ( ) N ( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

## CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual:

Hipótese Diagnóstica:

## AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN\*: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50

< 1 ano 30-50

Crianças 20-30

Adulto 12-30

FC: RN 120-160

< 1 ano 90-140

Criança 80-110

Adulto 60-100

Data e hora retirada da senha: 17/09/2019 03:52



Nome Paciente: ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 22/01/1995  
Sexo: Masculino  
Idade: 24 anos  
Senha: 0008  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 17/09/2019 04:03 - 17/09/2019 04:06

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

NÃO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PAC. ENCAMINHADO PELA UPA DE OLINDA, COM SENHA: 5772926, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO. NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MIE SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DÓR: 3
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- GLICOSE: 80.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

**REVISADO  
MEPI-HMA**

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Sim ( ) Não (✓)  
Local.....  
Cledilson da Hora  
COREN-PF 376.167 - ENF  
Enfermeiro

Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/09/2019 04:06

Atendimento: 495438

Data e Hora: 17/09/2019 04:10

Senha da Classificação:

0008

Paciente: 129483 ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/01/1995

Idade: 24 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JUCINEIDE ALVES JACINTO

Nome do Pai: PAULO ROBERTO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA ONIX

34

Bairro: JARDIM ATLANTICO

Cidade/UF: OLINDA PE

Usuário Atendimento: ROBERTAMB

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: 4:15

Queixa Principal

Presença vítima de Queda de moto na 1ª hora com  
trauma na T7 (B) - Hemorragia anterior do membro  
superior B. Nada mais.

Exame Físico

Forma pontiforme na T7 (B) - Membro superior

Hipótese Diagnóstico

Fratura de T7 (B) - Membro superior

Prescrição Médica

- Ceftriaxona 2g + 80, EV, 12h, 5d  
- SAT 1m 05  
- VAT 1m 05

CD 010 250 mg 600

Dr. Daniel Cabral  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - PE 24031

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                 |  |          |  |
|---------------------------------|--|----------|--|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE |  | 2 - CNES |  |
| HOSPITAL MIGUEL ARRAES          |  | 6431569  |  |
| 3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  |  | 4 - CNES |  |
| HOSPITAL MIGUEL ARRAES          |  | 6431569  |  |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                 |                        |                                                                                 |               |
|---------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 5 - Nome do Paciente            |                        | 6 - N° Prontuário                                                               |               |
| ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA  |                        | 129483                                                                          |               |
| 7 - Cartão Nacional do SUS      | 8 - Data de Nascimento | 9 - Sexo                                                                        | 10 - Raça/Cor |
| 709001885889710                 | 22/01/1995             | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | 03 - Parda    |
| 11 - Nome da Mãe                |                        | 10.1 - Etnia                                                                    |               |
| LUCINEIDE ALVES JACINTO         |                        | 0000 - Não Se Aplica                                                            |               |
| 13 - Nome Responsável           |                        | 12 - Telefone de Contato                                                        |               |
| IGNORADO                        |                        | 8198474493                                                                      |               |
| 15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) |                        | 14 - Telefone de Contato                                                        |               |
| RUA ONIX, 34 - JARDIM ATLANTICO |                        |                                                                                 |               |
| 16 - Município                  |                        | 17 - IBGE                                                                       | 18 - UF       |
| LINDA                           |                        | 260960                                                                          | PE            |
|                                 |                        | 19 - CEP                                                                        | 53060160      |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
 PACIENTE VITIMA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA HA 10 HORAS COM TRAUMA EM TNZ ESQUERDO. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

2 - Condições que justificam a internação  
 TRATAMENTO CIRÚRGICO

3 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
 ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

4 - Diagnóstico Inicial / Código
 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas || FRATURA EXPOSTA MALEOLO LATERAL ESQUERDO | S826 | W199 W18.9 |  |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                          |                             |                             |                                                                       |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 5 - Descrição do Procedimento Solicitado                 |                             | 28 - Código do Procedimento |                                                                       |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR |                             | 0408050578                  |                                                                       |
| 6 - Especialidade                                        | 30 - Caráter de Atendimento | 31 - Documento              | 32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| CIRÚRGICA                                                | 2                           | (X) CNS ( ) CPF             | 980016278437533                                                       |
| 33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente         |                             | 34 - Data da Solicitação    | 35 - Assinatura (Carimbo e Assinatura do Conselho)                    |
| SORMANE DE CARVALHO BRITTO                               |                             | 17/09/2019                  | Dr. Daniel Gabriel<br>Ortopedia / Traumatologia<br>CRM - PE 24.031    |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                                                                            |                      |                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|------------|
| 6 - ( ) Acidente de Trânsito                                                               | 39 - CNPJ Seguradora | 40 - N° Bilhete     | 41 - Série |
| 7 - ( ) Acid. Trabalho Típico                                                              | 42 - CNPJ / Empresa  | 43 - CNAE / Empresa | 44 - CBOR  |
| 8 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto                                                             |                      |                     |            |
| 9 - Vínculo com a Previdência                                                              |                      |                     |            |
| ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                      |                     |            |

## AUTORIZAÇÃO

|                                      |                                                                     |                         |                                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------|
| 6 - Nome do Profissional Autorizador |                                                                     | 47 - Cód. Órgão Emissor | 52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) |
|                                      |                                                                     | E260000001              |                                                       |
| 48 - Documento                       | 49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador          |                         |                                                       |
| ( ) CNS ( ) CPF                      |                                                                     |                         |                                                       |
| 0 - Data da Autorização              | 51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)                 |                         |                                                       |
|                                      | Adauto Telino<br>Traumatologia / Ortopedia<br>CRM 20671 TEOT: 15666 |                         |                                                       |

**AIH**  
 261910220895-4

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Alvaro

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora

17/09/19

26/09/19

PO 1 semana RAIH para MC to esqlo e  
Dor to o quadril

RX il pnaia il placa lateral

FO MIA

CO Fissio + o targa Retorno 11-12-19 (OK)

Dr. Marcondes Bezerra Jr.  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 12435 - Mat. 243581-0



**MIGUEL ARRAES**



IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA REG: 129483  
CLÍNICA:

### CLÍNICA:

**ENFERMAGEM:**

**LEITO:**

|           |                                                  |
|-----------|--------------------------------------------------|
| DATA/HORA |                                                  |
| 17/9/2019 | # SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA           |
|           | # ADMISSÃO                                       |
| 4:20      |                                                  |
|           | PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 10 HORAS COM |
|           | TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO. RADIOGRAFIA        |
|           | EVIDENCIA FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.   |
|           | NEGA ALERGIAS, NEGA COMORBIDADES.                |
|           |                                                  |
|           | AO EXAME: EGB, HIDRATADO, CORADO, ACIANÓTICO,    |
|           | ORIENTADO, CONSCIENTE                            |
|           |                                                  |
|           | TNZ ESQUERDO APRESENTA FERIMENTO PUNTIFORME      |
|           | EM TOPOGRAFIA DE FRATURA EM MALÉOLO LATERAL      |
|           | COM SAÍDA DE SECREÇÃO HEMÁTICA E GOTÍCULAS DE    |
|           | GORDURA APÓS EXPRESSÃO                           |
|           |                                                  |
|           | HD: FRATURA EXPOSTA MALÉOLO LATERAL ESQUERDO     |
|           |                                                  |
|           | CD: INTERNAMENTO + AO BLOCO AS 7HRS              |
|           |                                                  |
|           | Dr. Daniel Cabral                                |
|           | Ortopedia / Traumatologia                        |
|           | CRM - PE 24.031                                  |
|           |                                                  |
|           |                                                  |
|           |                                                  |
|           |                                                  |
|           |                                                  |

**DADOS DO PACIENTE**

Paciente: **ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA**  
Idade: 24a 7m 25d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 129483  
Profissão: Escolaridade: Data de Nascimento: 22/01/1995  
R.G.: C.P.F.: 70174153457 Telefone: CEP 53060160  
Endereço: RUA ONIX, 34 - JARDIM ATLANTICO - OLINDA - PE  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA  
Convênio: SUS - INTERNACAO  
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - EXTRA 010  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome: R.G.: C.P.F.:  
Endereço: R.G.: 23/09/19  
Telefone: Número: Estado civil: CLAUDEVAN SOUSA  
Cidade: FATORISTA

**DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE**

Data da Alta: 18 / 09 / 2019 Hora da Alta: :  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Boas dinâmicas

Diagnóstico Principal..... Fratura exposta de Malcabo lateral E

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento..... LC + DC + PAFI com placa

Dr. Hudyson Oliveira Rocha  
Médico  
CRM-PE 26.720

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 17/09/2019

Hora.....: 10:24

Aviso de Cirurgia : 59532

Paciente : 129483

Convênio Atend. : 1

Leito : 694

Dt. Início : 17/09/2019 09:00

Id Pré-Operatório : S826

Id Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03

ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

VERD2-18

Dt. Fim : 17/09/2019 10:20

FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Atendimento : 495443

Carteira :

Idade : 24 Anos

Procedimento: 0408050578

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO  
ANESTESISTA

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR

5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA MALÉOLO LATERAL TNZ ESQ  
CIRURGIA: LC + DC + RAFI COM PLACA 1/3 DE CANO  
CIRURGIÃO: DR ADAUTO TELINO  
AUXILIAR: DR HUDYSON ROCHA  
ANESTESISTA: DRA GRACA MARIZA  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DE PELE ANTEROLATERAL APROVEITANDO AREA DE EXPOSIÇÃO DE 7 CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;
5. DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
6. LIMPEZA COM SF 0,9% ;
7. TROCADOS CAMPOS CIRURGICOS , MATERIAL CIRURGICO, MESA E A ROUPA DE TODA A EQUIPE
8. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DA FÍBULA
9. APOSIÇÃO DE PLACA 3,5 MM 1/3 DE CANA ANTEROLATERAL A FÍBULA DE 07 FUROS E FIXADO PROXIMAMENTE 03 PARAFUSOS CORTICAIS E 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS DISTALMENTE
10. LIMPEZA COM SF 0,9%;
11. SUTURA POR PLANOS;
12. CURATIVO LOCAL

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

FATURADO  
23/09/19  
CLAUDIVAN SOUSA  
FATURISTA

Dr. Hudyson Oliveira Rocha  
Médico  
CRM-DE 26.720

DR(A) : ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR  
CRM : 20671

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-2

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.291.641

DATA DE EXPEDIÇÃO 11/01/2019

NOME << ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA >>

FILIAÇÃO << PAULO ROBERTO DA SILVA >>  
<< JUCINEIDE ALVES JACINTO >>

NATURALIDADE OLINDA - PE

DATA DE NASCIMENTO 22/01/1995

DOC. ORIGIN << 074526 01 55 2017 2 00092 158 >>

CPF 701.741.534-57

ASSINATURA DO TITULAR

PAULO A. TENORIO DE CARVALHO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

219223681501154709.8465403

F-84 49.635 - 4331

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CENTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
BIRILA DE OLIVEIRA MOURA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF  
3692915 SSP PE

CPF  
633.376.654-20

DATA NASCIMENTO  
26/05/1971

FUNÇÃO  
MILTON MARQUES DE  
MOURA  
SELI DE OLIVEIRA MOURA

FBISSÃO  
ACC  
CAL. HEB.

Nº REGISTRO  
0C498690746

VALIDADE  
16/09/2021

HABILITAÇÃO  
28/01/1999

OBSERVAÇÕES  
A

Assinatura do Portador

LOCAL  
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO  
16/09/2016

Assinatura do Emissor

62325855468  
PE074629115

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1302034553

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1302034553



ANS - nº 34.488-5

Diretora Técnica Médica  
Dr. Maria de Lourdes C. de Araújo  
CREMEPC: 3367



VENCIMENTO  
25/05/2019



CDD ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CID/PE)  
RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004  
R PRUDENTE DE MORAIS 409 CASA  
HIPODROMO  
RECIFE - PE  
52041-730



32 14536021 04525 00000002777 10 080519

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461065/19

**Vítima:** ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA

**CPF:** 701.741.534-57

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 16/09/2019

**Titular do CPF:** ALISSON ROBERTO ALVES  
DA SILVA

**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  
Outros

### SHEILA DE OLIVEIRA MOURA : 633.376.654-20

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

### ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA : 701.741.534-57

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 19/12/2019  
Nome: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA  
CPF: 633.376.654-20

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190711228 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 5/8

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL DO TORNOZELO 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 |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                        |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190711228 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 5/8

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL DO TORNOZELO 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 |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                        |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

---

**Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190711228**

**Vítima: ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALISSON ROBERTO ALVES 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, 08 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190711228**

**Vítima: ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711228

Vítima: ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALISSON ROBERTO ALVES 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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000069111-6

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

70174153457

4 - Nome completo da vítima:

Alison Roberto Alves 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:

Alison Roberto Alves da Silva

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Onix

6 - CPF:

70174153457

11 - Bairro:

Sordion Atlantica

12 - Cidade:

Olinda

9 - Número:

42

10 - Complemento:

—

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53060160

16 - Tel. (DDD):

(81) 984356411

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ho 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:

30 - Vítima deixou nascituro (vainascor)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Rua, 16/02/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



567945  
0461065/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0115004976**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2019** às **17:03**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **16/9/2019** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PAN NORDESTINA, 1** - Bairro: **VARADOURO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO 7º RO**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA

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

**ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JUCINEIDE ALVES JACINTO**  
Pai: **PAULO ROBERTO DA SILVA** Data de Nascimento: **22/8/1995** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7291641/SDS/PE (RG), 70174153457 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 984356411**

Endereço Residencial: **RUA ONIX, 34 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTO (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGY3665 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Descrição: **PROPRIEDADE DE PAULO ROBERTO DA SILVA**

Complemento / Observação

**INFORMOU A VÍTIMA QUE SEGUIA PELA LOCLIDADE CITADA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO FOI COLIDIDO EM SUA LATERAL POR UM VEÍCULO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS VINDO A CAIR NO CHÃO, ONDE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA A UPA DE OLINDA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES CONFORME PRONTUARIO129483 POR ONDE PASSOU POR TRATAMENTO CIRURGICO.**

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

---

  
**ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por:   
**VALDIR CELESTINO DA CRUZ - MAT. 150609-9**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

70174153457

4 - Nome completo da vítima:

Alison Roberto Alves 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:

Alison Roberto Alves da Silva

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Onix

6 - CPF:

70174153457

11 - Bairro:

Sordion Atlantica

12 - Cidade:

Olinda

9 - Número:

42

10 - Complemento:

—

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53060160

16 - Tel. (DDD):

(81) 984356411

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:



(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 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (ho Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viuvo

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:

30 - Vítima deixou nascituro (vainascor)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Olinda, 16/02/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DE 001/1000/2012

# Protocolo de Encaminhamento

**TIPO DE OCORRÊNCIA**  
Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA

1772926

Nome do Paciente:

Pac: 330648 - ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA

Idade:

24

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão:

MSE LOCICENE ALVES DA SILVA

22/01/1995

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

## CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S ( ) N ( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

## CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual:

Hipótese Diagnóstica:

## AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN\*: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100

Data e hora retirada da senha: 17/09/2019 03:52



Nome Paciente: ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 22/01/1995  
Sexo: Masculino  
Idade: 24 anos  
Senha: 0008  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 17/09/2019 04:03 - 17/09/2019 04:06

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

NÃO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PAC. ENCAMINHADO PELA UPA DE OLINDA, COM SENHA: 5772926, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO. NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MIE SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DÓR: 3
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- GLICOSE: 80.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

**REVISADO  
MEPI-HMA**

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Sim ( ) Não (✓)  
Local.....  
Cledilson da Hora  
COREN-PF 376.167 - ENF  
Enfermeiro

Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/09/2019 04:06

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

DADOS DO CLIENTE  
CELINA MARIA DE LIMA MATRÍCULA: 15781742 Nº 92699685  
R ONIX, N. 00042 - JARDIM ATLANTICO OLINDA PE 53060-160  
INSCRIÇÃO: 096.350.380.0425.000 GRUPO: 15 DEB. AUTOMÁTICO: 015781742

| SITUAÇÃO ÁGUA<br>LIGADO  | SITUAÇÃO ESGOTO<br>POTENCIAL | RESIDENCIAL      | QUANTIDADE DE ECONOMIAS<br>COMERCIAL INDUSTRIAL | PÚBLICA |
|--------------------------|------------------------------|------------------|-------------------------------------------------|---------|
| HIDRÔMETRO<br>NÃO MEDIDO | DATA LEIT. ANTERIOR          | DATA LEIT. ATUAL | TIPO DE CONSUMO (A/E)<br>N. MEDIDA              |         |

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS - ATENÇÃO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTE AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO  
ESTADUAL Nº 18.251 DE 21.12.94, FICA VOSSA SENHORIA CIENTE  
QUE, CASO OS DÉBITOS NÃO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A  
SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA. MANTENHA OS  
DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO EM SEU IMÓVEL PARA APRESENTAÇÃO  
AOS NOSSOS FUNCIONÁRIOS. PAGUE EM DIA SUAS CONTAS, EVITE O  
CORTE E A NEGATIVAÇÃO DO SEU NOME NO SPC SERASA.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

| REFERENCIA CONTA | VENCIMENTO | VALOR(R\$) |
|------------------|------------|------------|
| DB. ATE          | 20/11/2017 | 609,81     |
| 11/2017          | 20/12/2017 | 40,98      |
| 12/2017          | 20/01/2018 | 40,98      |
| 01/2018          | 20/02/2018 | 40,98      |
| 02/2018          | 20/03/2018 | 40,98      |
| 03/2018          | 20/04/2018 | 40,98      |
| 04/2018          | 20/05/2018 | 40,98      |
| 05/2018          | 20/06/2018 | 42,10      |
| 07/2018          | 20/08/2018 | 42,12      |
| 08/2018          | 20/09/2018 | 42,12      |
| 09/2018          | 25/10/2018 | 42,12      |
| 10/2018          | 20/11/2018 | 42,12      |
| 11/2018          | 20/12/2018 | 42,12      |
| 12/2018          | 20/01/2019 | 42,12      |
| 01/2019          | 20/02/2019 | 42,12      |
| 02/2019          | 20/03/2019 | 42,12      |
| 03/2019          | 20/04/2019 | 42,12      |
| 04/2019          | 20/05/2019 | 42,12      |
| 05/2019          | 20/06/2019 | 42,12      |
| 06/2019          | 20/07/2019 | 42,12      |
| 07/2019          | 20/08/2019 | 42,12      |
| 08/2019          | 20/09/2019 | 42,12      |
| 09/2019          | 20/10/2019 | 42,12      |
| 10/2019          | 20/11/2019 | 42,12      |
| 11/2019          | 20/12/2019 | 42,12      |
| 12/2019          | 20/01/2020 | 42,12      |
| 01/2020          | 20/02/2020 | 42,12      |
| 02/2020          | 20/03/2020 | 42,12      |
| 03/2020          | 20/04/2020 | 42,12      |
| 04/2020          | 20/05/2020 | 42,12      |
| 05/2020          | 20/06/2020 | 42,12      |
| 06/2020          | 20/07/2020 | 42,12      |
| 07/2020          | 20/08/2020 | 42,12      |
| 08/2020          | 20/09/2020 | 42,12      |
| 09/2020          | 20/10/2020 | 42,12      |
| 10/2020          | 20/11/2020 | 42,12      |
| 11/2020          | 20/12/2020 | 42,12      |
| 12/2020          | 20/01/2021 | 42,12      |
| 01/2021          | 20/02/2021 | 42,12      |
| 02/2021          | 20/03/2021 | 42,12      |
| 03/2021          | 20/04/2021 | 42,12      |
| 04/2021          | 20/05/2021 | 42,12      |
| 05/2021          | 20/06/2021 | 42,12      |
| 06/2021          | 20/07/2021 | 42,12      |
| 07/2021          | 20/08/2021 | 42,12      |
| 08/2021          | 20/09/2021 | 42,12      |
| 09/2021          | 20/10/2021 | 42,12      |
| 10/2021          | 20/11/2021 | 42,12      |
| 11/2021          | 20/12/2021 | 42,12      |
| 12/2021          | 20/01/2022 | 42,12      |
| 01/2022          | 20/02/2022 | 42,12      |
| 02/2022          | 20/03/2022 | 42,12      |
| 03/2022          | 20/04/2022 | 42,12      |
| 04/2022          | 20/05/2022 | 42,12      |
| 05/2022          | 20/06/2022 | 42,12      |
| 06/2022          | 20/07/2022 | 42,12      |
| 07/2022          | 20/08/2022 | 42,12      |
| 08/2022          | 20/09/2022 | 42,12      |
| 09/2022          | 20/10/2022 | 42,12      |
| 10/2022          | 20/11/2022 | 42,12      |
| 11/2022          | 20/12/2022 | 42,12      |
| 12/2022          | 20/01/2023 | 42,12      |
| 01/2023          | 20/02/2023 | 42,12      |
| 02/2023          | 20/03/2023 | 42,12      |
| 03/2023          | 20/04/2023 | 42,12      |
| 04/2023          | 20/05/2023 | 42,12      |
| 05/2023          | 20/06/2023 | 42,12      |
| 06/2023          | 20/07/2023 | 42,12      |
| 07/2023          | 20/08/2023 | 42,12      |
| 08/2023          | 20/09/2023 | 42,12      |
| 09/2023          | 20/10/2023 | 42,12      |
| 10/2023          | 20/11/2023 | 42,12      |
| 11/2023          | 20/12/2023 | 42,12      |
| 12/2023          | 20/01/2024 | 42,12      |
| 01/2024          | 20/02/2024 | 42,12      |
| 02/2024          | 20/03/2024 | 42,12      |
| 03/2024          | 20/04/2024 | 42,12      |
| 04/2024          | 20/05/2024 | 42,12      |
| 05/2024          | 20/06/2024 | 42,12      |
| 06/2024          | 20/07/2024 | 42,12      |
| 07/2024          | 20/08/2024 | 42,12      |
| 08/2024          | 20/09/2024 | 42,12      |
| 09/2024          | 20/10/2024 | 42,12      |
| 10/2024          | 20/11/2024 | 42,12      |
| 11/2024          | 20/12/2024 | 42,12      |
| 12/2024          | 20/01/2025 | 42,12      |
| 01/2025          | 20/02/2025 | 42,12      |
| 02/2025          | 20/03/2025 | 42,12      |
| 03/2025          | 20/04/2025 | 42,12      |
| 04/2025          | 20/05/2025 | 42,12      |
| 05/2025          | 20/06/2025 | 42,12      |
| 06/2025          | 20/07/2025 | 42,12      |
| 07/2025          | 20/08/2025 | 42,12      |
| 08/2025          | 20/09/2025 | 42,12      |
| 09/2025          | 20/10/2025 | 42,12      |
| 10/2025          | 20/11/2025 | 42,12      |
| 11/2025          | 20/12/2025 | 42,12      |
| 12/2025          | 20/01/2026 | 42,12      |
| 01/2026          | 20/02/2026 | 42,12      |
| 02/2026          | 20/03/2026 | 42,12      |
| 03/2026          | 20/04/2026 | 42,12      |
| 04/2026          | 20/05/2026 | 42,12      |
| 05/2026          | 20/06/2026 | 42,12      |
| 06/2026          | 20/07/2026 | 42,12      |
| 07/2026          | 20/08/2026 | 42,12      |
| 08/2026          | 20/09/2026 | 42,12      |
| 09/2026          | 20/10/2026 | 42,12      |
| 10/2026          | 20/11/2026 | 42,12      |
| 11/2026          | 20/12/2026 | 42,12      |
| 12/2026          | 20/01/2027 | 42,12      |
| 01/2027          | 20/02/2027 | 42,12      |
| 02/2027          | 20/03/2027 | 42,12      |
| 03/2027          | 20/04/2027 | 42,12      |
| 04/2027          | 20/05/2027 | 42,12      |
| 05/2027          | 20/06/2027 | 42,12      |
| 06/2027          | 20/07/2027 | 42,12      |
| 07/2027          | 20/08/2027 | 42,12      |
| 08/2027          | 20/09/2027 | 42,12      |
| 09/2027          | 20/10/2027 | 42,12      |
| 10/2027          | 20/11/2027 | 42,12      |
| 11/2027          | 20/12/2027 | 42,12      |
| 12/2027          | 20/01/2028 | 42,12      |
| 01/2028          | 20/02/2028 | 42,12      |
| 02/2028          | 20/03/2028 | 42,12      |
| 03/2028          | 20/04/2028 | 42,12      |
| 04/2028          | 20/05/2028 | 42,12      |
| 05/2028          | 20/06/2028 | 42,12      |
| 06/2028          | 20/07/2028 | 42,12      |
| 07/2028          | 20/08/2028 | 42,12      |
| 08/2028          | 20/09/2028 | 42,12      |
| 09/2028          | 20/10/2028 | 42,12      |
| 10/2028          | 20/11/2028 | 42,12      |
| 11/2028          | 20/12/2028 | 42,12      |
| 12/2028          | 20/01/2029 | 42,12      |
| 01/2029          | 20/02/2029 | 42,12      |
| 02/2029          | 20/03/2029 | 42,12      |
| 03/2029          | 20/04/2029 | 42,12      |
| 04/2029          | 20/05/2029 | 42,12      |
| 05/2029          | 20/06/2029 | 42,12      |
| 06/2029          | 20/07/2029 | 42,12      |
| 07/2029          | 20/08/2029 | 42,12      |
| 08/2029          | 20/09/2029 | 42,12      |
| 09/2029          | 20/10/2029 | 42,12      |
| 10/2029          | 20/11/2029 | 42,12      |
| 11/2029          | 20/12/2029 | 42,12      |
| 12/2029          | 20/01/2030 | 42,12      |
| 01/2030          | 20/02/2030 | 42,12      |
| 02/2030          | 20/03/2030 | 42,12      |
| 03/2030          | 20/04/2030 | 42,12      |
| 04/2030          | 20/05/2030 | 42,12      |
| 05/2030          | 20/06/2030 | 42,12      |
| 06/2030          | 20/07/2030 | 42,12      |
| 07/2030          | 20/08/2030 | 42,12      |
| 08/2030          | 20/09/2030 | 42,12      |
| 09/2030          | 20/10/2030 | 42,12      |
| 10/2030          | 20/11/2030 | 42,12      |
| 11/2030          | 20/12/2030 | 42,12      |
| 12/2030          | 20/01/2031 | 42,12      |
| 01/2031          | 20/02/2031 | 42,12      |
| 02/2031          | 20/03/2031 | 42,12      |
| 03/2031          | 20/04/2031 | 42,12      |
| 04/2031          | 20/05/2031 | 42,12      |
| 05/2031          | 20/06/2031 | 42,12      |
| 06/2031          | 20/07/2031 | 42,12      |
| 07/2031          | 20/08/2031 | 42,12      |
| 08/2031          | 20/09/2031 | 42,12      |
| 09/2031          | 20/10/2031 | 42,12      |
| 10/2031          | 20/11/2031 | 42,12      |
| 11/2031          | 20/12/2031 | 42,12      |
| 12/2031          | 20/01/2032 | 42,12      |
| 01/2032          | 20/02/2032 | 42,12      |
| 02/2032          | 20/03/2032 | 42,12      |
| 03/2032          | 20/04/2032 | 42,12      |
| 04/2032          | 20/05/2032 | 42,12      |
| 05/2032          | 20/06/2032 | 42,12      |
| 06/2032          | 20/07/2032 | 42,12      |
| 07/2032          | 20/08/2032 | 42,12      |
| 08/2032          | 20/09/2032 | 42,12      |
| 09/2032          | 20/10/2032 | 42,12      |
| 10/2032          | 20/11/2032 | 42,12      |
| 11/2032          | 20/12/2032 | 42,12      |
| 12/2032          | 20/01/2033 | 42,12      |
| 01/2033          | 20/02/2033 | 42,12      |
| 02/2033          | 20/03/2033 | 42,12      |
| 03/2033          | 20/04/2033 | 42,12      |
| 04/2033          | 20/05/2033 | 42,12      |
| 05/2033          | 20/06/2033 | 42,12      |
| 06/2033          | 20/07/2033 | 42,12      |
| 07/2033          | 20/08/2033 | 42,12      |
| 08/2033          | 20/09/2033 | 42,12      |
| 09/2033          | 20/10/2033 | 42,12      |
| 10/2033          | 20/11/2033 | 42,12      |
| 11/2033          | 20/12/2033 | 42,12      |
| 12/2033          | 20/01/2034 | 42,12      |
| 01/2034          | 20/02/2034 | 42,12      |
| 02/2034          | 20/03/2034 | 42,12      |
| 03/2034          | 20/04/2034 | 42,12      |
| 04/2034          | 20/05/2034 | 42,12      |
| 05/2034          | 20/06/2034 | 42,12      |
| 06/2034          | 20/07/2034 | 42,12      |
| 07/2034          | 20/08/2034 | 42,12      |
| 08/2034          | 20/09/2034 | 42,12      |
| 09/2034          | 20/10/2034 | 42,12      |
| 10/2034          | 20/11/2034 | 42,12      |
| 11/2034          | 20/12/2034 | 42,12      |
| 12/2034          | 20/01/2035 | 42,12      |
| 01/2035          | 20/02/2035 | 42,12      |
| 02/2035          | 20/03/2035 | 42,12      |
| 03/2035          | 20/04/2035 | 42,12      |
| 04/2035          | 20/05/2035 | 42,12      |
| 05/2035          | 20/06/2035 | 42,12      |
| 06/2035          | 20/07/2035 | 42,12      |
| 07/2035          | 20/08/2035 | 42,12      |
| 08/2035          | 20/09/2035 | 42,12      |
| 09/2035          | 20/10/2035 | 42,12      |
| 10/2035          | 20/11/2035 | 42,12      |
| 11/2035          | 20/12/2035 | 42,12      |
| 12/2035          | 20/01/2036 | 42,12      |
| 01/2036          | 20/02/2036 | 42,12      |
| 02/2036          | 20/03/2036 | 42,12      |
| 03/2036          | 20/04/2036 | 42,12      |
| 04/2036          | 20/05/2036 | 42,12      |
| 05/2036          | 20/06/2036 | 42,12      |
| 06/2036          | 20/07/2036 | 42,12      |
| 07/2036          | 20/08/2036 | 42,12      |
| 08/2036          | 20/09/2036 | 42,12      |
| 09/2036          | 20/10/2036 | 42,12      |
| 10/2036          | 20/11/2036 | 42,12      |
| 11/2036          | 20/12/2036 | 42,12      |
| 12/2036          | 20/01/2037 | 42,12      |
| 01/2037          | 20/02/2037 | 42,12      |
| 02/2037          | 20/03/2037 | 42,12      |
| 03/2037          | 20/04/2037 | 42,12      |
| 04/2037          | 20/05/2037 | 42,12      |
| 05/2037          | 20/06/2037 | 42,12      |
| 06/2037          | 20/07/2037 | 42,12      |
| 07/2037          | 20/08/2037 | 42,12      |
| 08/2037          | 20/09/2037 | 42,12      |
| 09/2037          | 20/10/2037 | 42,12      |
| 10/2037          | 20/11/2037 | 42,12      |
| 11/2037          | 20/12/2037 | 42,12      |
| 12/2037          | 20/01/2038 | 42,12      |
| 01/2038          | 20/02/2038 | 42,12      |
| 02/2038          | 20/03/2038 | 42,12      |
| 03/2038          | 20/04/2038 | 42,12      |
| 04/2038          | 20/05/2038 | 42,12      |
| 05/2038          | 20/06/2038 | 42,12      |
| 06/2038          | 20/07/2038 | 42,12      |
| 07/2038          | 20/08/2038 | 42,12      |
| 08/2038          | 20/09/2038 | 42,12      |
| 09/2038          | 20/10/2038 | 42,12      |
| 10/2038          | 20/11/2038 | 42,12      |
| 11/2038          | 20/12/2038 | 42,12      |
| 12/2038          | 20/01/2039 | 42,12      |
| 01/2039          | 20/02/2039 | 42,12      |
| 02/2039          | 20/03/2039 | 42,12      |
| 03/2039          | 20/04/2039 | 42,12      |
| 04/2039          | 20/05/2039 | 42,12      |
| 05/2039          | 20/06/2039 | 42,12      |
| 06/2039          | 20/07/2039 | 42,12      |
| 07/2039          | 20/08/2039 | 42,12      |
| 08/2039          | 20/09/2039 | 42,12      |
| 09/2039          | 20/10/2039 | 42,12      |
| 10/2039          | 20/11/2039 | 42,12      |
| 11/2039          | 20/12/2039 | 42,12      |
| 12/2039          | 20/01/2040 | 42,12      |
| 01/2040          | 20/02/2040 | 42,12      |
| 02/2040          | 20/03/2040 | 42,12      |
| 03/2040          | 20/04/2040 | 42,12      |
| 04/2040          | 20/05/2040 | 42,12      |
| 05/2040          | 20/06/2040 | 42,12      |
| 06/2040          | 20/07/2040 | 42,12      |
| 07/2040          | 20/08/2040 | 42,12      |
| 08/2040          | 20/09/2040 | 42,12      |
| 09/2040          | 20/10/2040 | 42,12      |
| 10/2040          | 20/11/2040 | 42,12      |
| 11/2040          | 20/12/2040 | 42,12      |
| 12/2040          | 20/01/2041 | 42,12      |
| 01/2041          | 20/02/2041 | 42,12      |
| 02/2041          | 20/03/2041 | 42,12      |
| 03/2041          | 20/04/2041 | 42,12      |
| 04/2041          | 20/05/2041 | 42,12      |
| 05/2041          | 20/06/2041 | 42,12      |
| 06/2041          | 20/07/2041 | 42,12      |
| 07/2041          | 20/08/2041 | 42,12      |
| 08/2041          | 20/09/2041 | 42,12      |
| 09/2041          | 20/10/2041 | 42,12      |
| 10/2041          | 20/11/2041 | 42,12      |
| 11/2041          | 20/12/2041 | 42,12      |
| 12/2041          | 20/01/2042 | 42,12      |
| 01/2042          | 20/02/2042 | 42,12      |
| 02/2042          | 20/03/2042 | 42,12      |
| 03/2042          | 20/04/2042 | 42,12      |
| 04/2042          | 20/05/2042 | 42,12      |
| 05/2042          | 20/06/2042 | 42,12      |
| 06/2042          | 20/07/2042 | 42,12      |
| 07/2042          | 20/08/2042 | 42,12      |
| 08/2042          | 20/09/2042 | 42,12      |
| 09/2042          | 20/10/2042 | 42,12      |
| 10/2042          | 20/11/2042 | 42,12      |
| 11/2042          | 20/12/2042 | 42,12      |
| 12/2042          |            |            |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CENTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
BIRILA DE OLIVEIRA MOURA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF  
3692915 SSP PE

CPF  
633.376.654-20

DATA NASCIMENTO  
26/05/1971

FUNÇÃO  
MILTON MARQUES DE  
MOURA  
SELI DE OLIVEIRA MOURA

FBISSÃO  
ACC  
CAL. HEB.

Nº REGISTRO  
0C498690746

VALIDADE  
16/09/2021

HABILITAÇÃO  
28/01/1999

OBSERVAÇÕES  
A

Assinatura do Portador

LOCAL  
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO  
16/09/2016

Assinatura do Emissor

62325855468  
PE074629115

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1302034553

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1302034553



ANS - nº 34.488-5

Diretora Técnica Médica  
Dr. Maria de Lourdes C. de Araújo  
CREMEPC: 3367



VENCIMENTO  
25/05/2019



CDD ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CID/PE)  
RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004  
R PRUDENTE DE MORAIS 409 CASA  
HIPODROMO  
RECIFE - PE  
52041-730



32 14536021 04525 00000002777 10 080519

# 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: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALISSON ROBERTO ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000069111-6

---

Nr. da Autenticação 8E15396BC61ED7BC