

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: 01/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000000022114-4

Nr. da Autenticação 16DF2547ECA23199

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARRO, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-007
CNPJ 15.835.932/0001-00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 3005043-03



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 29/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 8000 261 0142
Ouvidoria 8000 202 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-717-0107-Ligação Gratuita de Telefones-Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE DZIEL MARIANO DA SILVA CPF: 386.996.194-61		DATA DE VENCIMENTO 02/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 84,41		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 26/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 070407376		CONTA CONTRATO 000676751025 Nº DO CLIENTE 2000218501 Nº DA INSTALAÇÃO 0002132739	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV PROF AQUIMELION MANGALHAES 472 VILA POPULAR/OLINDA 53330-019 OLINDA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos são apresentados à disposição, pelo consumidor em qualquer unidade de atendimento e no site: www.cespe.com.br		RESERVADO AO FISCO BA09.F18F.8CF2.4EB2.B05D.4157.71EE.3A5A					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(W/h)	30,30	6,5759874	17,27
Acréscimo Bandeira AMARELA			6,35
Relação de Unidade Consumidora			7,30
Multa por atraso-NF 051574967 - 10/02/19			3,43
Multa por atraso-NF 050998667 - 11/04/19			6,13
Multa por atraso-NF 050196175 - 21/03/19			3,79
Juros por atraso-NF 050998667 - 18/04/19			6,45
Juros por atraso-NF 050196175 - 21/03/19			6,78
Juros por atraso-NF 051574967 - 10/02/19			18,24
Atualização IGPW-NF 050998667 - 18/04/19			6,51
Atualização IGPW-NF 050196175 - 21/03/19			5,13
Atualização IGPW-NF 051574967 - 10/02/19			15,80
Bônus ITAPU - art 21 da Lei 10.438/2002			6,32-
TOTAL DA FATURA			84,41

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

ICMS		PIS		COFINS	
SARE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,52	0,67	11,74

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(W/h)	43-050409
	JUL 19 0
	JUN 19 0
	MAI 19 0
	ABR 19 0
	MAR 19 246
	FEV 19 0
	JAN 19 0
	DEZ 18 0
	NOV 18 0
	OUT 18 0
	SET 18 0
	AGO 18 0
	JUL 18 0

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FATURAGEM	ANTERIOR		ATUAL		Nº	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

00000001MANGALHAES CAT 18/06/2019 3.718,36 19/07/2019 3.718,36 31 1,89600 0,39 3,39

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 02/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	DURAÇÃO	VALOR APURADO	UNID. ORIGINAL	UNID. TELA	UNID. ATUAL
RESUMO					
Horas de Interrupção de Energia	0,39	0,39	0,39	0,39	0,39
Faltas de tensão com energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Horas de Interrupção de Energia	0,39	0,39	0,39	0,39	0,39
Linha de Tensão: 220V					
Custo de Interrupção de Energia de 100V = R\$ 0,39					
Nota: O consumidor deve manter a unidade de medida em 100V, PIS, COFINS e IGPW em 100V.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ou diretamente no site da grande loja de produtos elétricos e eletrônicos em (www.celpe.com.br).
Na data de faturamento a fatura será emitida em vigor e a demanda. Mais informações em www.celpe.com.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Paga, um abono para multa 2% (R\$ 1,68) (Art. 15, Lei 10.438/02) e atualização monetária no preço, mais imposto de ICMS conforme Art. 3, XLVII, a, 2.º, do ICMS-PE.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	210	230

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO 000676751025	MÊS/ANO 07/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 84,41	VENCIMENTO 02/08/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

838300000004 844100110005 676761025100 148057771430

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: 4026-1596 / 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 Ouidoria: 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 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 COAF¹.

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALCIONE GOMES DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664, 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FABIO JOSÉ DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 665.386.294, 15

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEX da Vítima FABIO JOSÉ DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 665.386.294, 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA-ME Renda: RECUSA-ME 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>AV. PROF. ALVIMENOR NABALHAES</u>	Número: <u>473</u>	Complemento:
Bairro: <u>VILA POPULAR</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>53.230-010</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 9.8488-7131</u>

Local e Data: OLINDA, 14 DE OUTUBRO DE 2017

Alcione Gomes da Silva
 Assinatura do Declarante

Nome: 136762-FABIO JOSE DA SILVA
Idade: 51a 5m 8d Nascimento: 13/03/1968
Sexo: Contatos: / 81-85374280
MASCULINO

Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA
Endereço: 1 TRAVESSA BONITO DE SANTA FE, 46 -
CASA AMARELA - RECIFE/ PE - CEP:
52070488

Data do Atendimento: 14/12/2018

Prontuário: 00136762

Nº Atendimento: 01246850

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Conduta:

REDIOGRAFIA + TALA BOTA

MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Dr. Eni Mendes Gomes
Médico
CRM: 22517 - PE

Nome: 136762-FABIO JOSE DA SILVA
Sexo: Contatos: / 81-85374280
MASCULINO

Idade: Nascimento:
51a 5m 8d 13/03/1968

Data do Atendimento: 14/12/2018

Prontuário: 00136762

Nº Atendimento: 01246850

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Endereço:
1 TRAVESSA BONITO DE SANTA FE, 46 -
CASA AMARELA - RECIFE/ PE - CEP:
52070488

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SEXTA-FEIRA, 14 DE DEZEMBRO DE 2018

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE: HGV

SENHA: 5577041

QP:

PCT COM RELATO DE ESTRALO EM REGIÃO DO CALCANHAR ESQ, APOS ESFORÇO COM MOTO, em: 14/12/18 21:03

EVOLUÇÃO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RUPTURA DO TENDÃO CDE AQUILES, em: 14/12/18 21:03

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

REDIOGRAFIA + TALA BOTA, em: 14/12/18 21:03

Dr. Eni Araújo Gomes
Médico
CRM: 22619-PE

MÉDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-12-14 19:51:45

Nome Paciente: FABIO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente: 136762
Data de Nascimento: 13/03/1968
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: OR0051
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1246850
SAME:



Periodo: 2018-12-14 19:51:45 - 2018-12-14 20:05:58

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM MIE APOS QUEDA DE PROPRIA ALTURA

Observação:

HAS-
DM-
ALERGIA-

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. SISTOLICA: 180,00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 120,00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 35,00 C°

Dr. Eli Araújo Gomes
Médico
CRM: 22517-PE

Acolhido(a) por: DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 2019-08-21 11:30:30

Nome: 136762-FABIO JOSE DA SILVA
Sexo: Contatos: / 81-85374280
MASCULINO -
Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA
Idade: 51a 5m 8d Nascimento: 13/03/1968
Endereço: 1 TRAVESSA BONITO DE SANTA FE, 46 -
CASA AMARELA - RECIFE/ PE - CEP:
52070488

Data do Atendimento: 14/12/2018
Prontuário: 00136762
Nº Atendimento: 01246850
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PCT COM RELATO DE ESTRALO EM REGIÃO DO CALCANHAR ESQ, APOS ESFORÇO COM MOTO

EXAME FÍSICO:

PERDA DE CONTINUIDADE A PALPAÇÃO DO TENDÃO DE AQUILES

DIAGNÓSTICO:

RUPTURA DO TENDÃO CDE AQUILES

Dr. Eloi Araújo Gomes
Médico
CRM: 22517 - PE



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugã, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

FABIO JOSE DA SILVA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S66

Recife, 18/12/2018


Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **FÁBIO JOSÉ DA SILVA**,
prontuário nº 1155984, admitido neste hospital em 15/12/2018 com diagnóstico e
Lesão do tendão de aquiles esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico.
Recebeu alta com melhora clínica em 18/12/2018.

Recife, 25 de Fevereiro de 2019.

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Registro:619256 Prontuário:1155984 Data de Nascimento:13/03/68 Idade:50
ANO(S)
Nome do Paciente:**FABIO JOSE DA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:SEVERINA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 66538629415

Data: 17/12/2018

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
M665 - RUPTURA ESPONTÂNEA DE TENDÕES NÃO ESPECIFICADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Ruptura do Tendão de Aquiles Esquerdo CÓDIGO:
0408060450

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Tenomiorrafia + Tenomiotomia +
Transposição Miotendinosa + Neurorrafia em Calcâneo Esquerdo CÓDIGO:0408060450 /
0408060549 / 0408060468 / 0403020085

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Ajalmar Amorim	4360
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Ruptura
do Tendão de Aquiles Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA, CRM: 10531, Data e Hora: 18/12/2018 13:50:33.



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 619256 Prontuário: 1155984 Data de Nascimento: 13/03/68 Idade: 50 ANO(S)

Nome do Paciente: **FABIO JOSE DA SILVA** Sexo: Masculino

Nome da Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

CPF: 66538629415

Data: 17/12/2018

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

**MOTIVO DA ALTA
MELHORADO**

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 18/12/2018 13:50:33.

Registro: 619256 Prontuário: 1155984 Data de Nascimento: 13/03/68 Idade: 50 ANO(S)
Nome do Paciente: **FABIO JOSE DA SILVA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 66538629415

Data: 17/12/2018

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 17/12/2018-14:34

Diagnóstico pré-operatório: Lesão do Tendão de Aquiles Esquerdo
Diagnóstico pós-operatório: Lesão do Tendão de Aquiles Esquerdo
Cirurgia: Trat. Cir. de Tenomiiorrafia + Tenomiotomia + Transposição Miotendinosa + Neurorrafia em Calcâneo Esquerdo
Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia c/ PV PI em membro inferior;
2. Incisão para aquilea medial;
3. Divulsão por planos;
4. Visualização do tendão roto;
5. Realizado desbridamento em membro inferior;
6. Necessidade de transposição tendinosa + neurorrafia;
7. Liberado fibular curto;
8. Realizado tenomiiorrafia + tenomiotomia;
9. Sutura por planos;
10. Curativo oclusivo;
11. Tala em equino;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 18/12/2018 13:50:42.



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

Relatório Médico de Alta



Nome: FABIO JOSE DA SILVA

Reg.: 619256

Pront.: 1155984

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 13/03/1968

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 50

Admissão: 15/12/2018 21:44

Alta: 18/12/2018 12:41

Admissão:

RUPTURA TENDÃO AQUILES ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	15/12/2018 21:44	18/12/2018 12:41	3 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº HENRIQUE para 21 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável:

CRM:

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

10531



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014484700839
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD RENOVAM ENTREG EXERCICIO
1 1065110314 ***** 2019

FABIO JOSE DA SILVA

RECIFE-PE

0

CPF / CNPJ
665.386.204-15

PLACA
PGQ8988

PLACA ANT / LP CHASSI
***** / SE 9C6K00480E0104599

ESPACIO TIPO COMBUSTIVEL
PAS /MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB ANO MOD
YAMAHA/FASER Y8250 2014 2014

CMF / POT / CL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
29/249CL PARTIC VERMELHA

	COTA UNICA	VENG. COTA UNICA	VENG. COTAS
I	IPVA 2019 QUITADO	1° *****	
P		2° *****	
V	FACILITADA	3° *****	
A	1		

PREMIO TAXA USO R\$ RCP R\$ PREMIO TOTAL R\$ DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.92 84.55 07/01/19

SEM RESERVA DE PORTA OBRIGATORIO
NÃO VALIDA PARA TRANSFERENCIA

RECIFE *Marcos Corrêa* DATA
24/01/19

Marcelo Bruto da Costa Correia
Diretor Presidente em Exercício DETRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190601705 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO (RUPTURA DE TENDÃO DE AQUILES).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENOMIORRAFIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 7/9_RESUMO DE ALTA/CIRURGIA

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190601705 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO (RUPTURA DE TENDÃO DE AQUILES).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENOMIORRAFIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 7/9_RESUMO DE ALTA/CIRURGIA

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FÁBIO JOSÉ DA SILVA
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: VIGILANTE
portador(a) do RG nº.: 2.740.672, órgão expedidor: 205, inscrito (a)
no CPF sob o nº.: 669.386.294-79, residente na
RUA BONITO DE SANTO
cidade: RECIFE, Estado: PE, CEP: 52070-490
telefone: (81) 9.8488-7131 / _____
email: _____

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, assistente jurídica, inscrita no
CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938: , com endereço profissional na Av. Gov.
Carlos de Lima Cavalcante, nº. 3995, sala nº. 35, Galeria Luzi Center, Casa Caiada, Olinda/PE.
CEP: 53.040-000.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber
correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do
sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes
ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à
SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Recife, 14 de FEVEREIRO de 2019.



Fábio José da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371374/19

Vítima: FABIO JOSE DA SILVA

CPF: 665.386.294-15

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

FABIO JOSE DA SILVA : 665.386.294-15

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 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: 24/10/2019
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190601705

Vítima: FABIO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO JOSE 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, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190601705

Vítima: FABIO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO JOSE 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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: FABIO JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000045

Conta: 000000022114-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 665.386.294-15 Nome completo da vítima: FABIO JOSE DA SILVA

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

Nome completo: FABIO JOSE DA SILVA CPF: 665.386.294-15

Profissão: VIGILANTE Endereço: RUA BONITO DE SANTA Número: 46 Complemento: 111

Bairro: MA AMARELA Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52.070-490

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.8488-7131

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0045 CONTA: 00022114 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: OLINDA, 14 DE FEVEREIRO DE 2019

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Fabio Jose da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): Reine Gomes da Silva

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0095004493**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019** às **10:59**

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia
14/12/2018 às 18:30

Fato ocorrido no endereço: **RUA BONITO DE SANTA FE, 1 - Bairro: CASA AMARELA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR \ AGENTE)
FABIO JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**FABIO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO
Pai: SEVERINO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 13/3/1968 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 2740612/SSP/PE (RG), 66538629415 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU
INCOMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares:
- 81985374280**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE ENVOLVIDO**
Endereço Residencial: **RUA BONITO DE SANTA FE, 46, CASA "A" - CEP: 55000-000 - Bairro: CASA AMARELA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
FABIO JOSE DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **YAMAHA/FAZER, ANO E MOD. 2014, COR VERMELHA, PLACA PGQ - 8958**

Complemento / Observação

A VITIMA VIERA COMUNICAR O SEGUINTE: QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO QUANDO DE REPENTE DEU UMA PANE, E O MESMO VIERA A CAIR; QUE DESTA QUEDA RESULTOU UM TRAUMA NO PE ESQUERDO; QUE FORA SOCORRIDO POR UM AMIGO PARA UPA DA CAXANGA, CONFORME N° DE ATENDIMENTO: 01245850; QUE DEPOIS FORA LEVADO PARA O HOSPITAL "SANTA CASA DA MISERICORDIA", CONFORME PRONTUARIO: 1155984, ONDE FORA CIRURGIADO.

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

Fabio Jose da Silva
FABIO JOSE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Antonio Carlos Dutra da Silva* - Matricula: 3847268

MA: 319.845-9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 665.386.294-15 Nome completo da vítima: FABIO JOSE DA SILVA

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

Nome completo: FABIO JOSE DA SILVA CPF: 665.386.294-15

Profissão: VIGILANTE Endereço: RUA BONITO DE SANTA Número: 46 Complemento: 111

Bairro: UMA AMARELA Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52.070-490

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.8488-7131

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0045 CONTA: 00032114 4

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: OLINDA, 14 DE FEVEREIRO DE 2019

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): FABIO JOSE DA SILVA

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): RAONI LOPES DA SILVA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.