Comprovação de ato declara

Paulista
PREFEITURA MUNICIPAL
A cidade se faz a cada dia

SAMU 192

SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

D E C L A R A Ç Ã O D E A T E N D I M E N T O

DA Nº 05.10.2017
EM: 05.10.2017

Atendendo ao requerimento do Sr., **DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO, RG Nº 6.965.491 - SDS – PE, CPF Nº 053.268.204-12**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência Nº S – 386171,** do dia **27 de setembro de 2017**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 08hs e 18min, vítima de colisão de bicicleta x automóvel, na Av. Brasil, S/N, Maranguape – Paulista, nas proximidades da Igreja Batista, sendo em seguida removido para a UPA de Olinda.

Jeane Andréa da Silva
Jeane Andréa da Silva
COREN 172162
Coordenadora de Enfermagem
SAMU-Paulista MAT. 60850

Jeane Andréa da Silva
Enfermeira
COREN-PE 172162

Tarifa Social de Energia Elétrica, Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

celpe
Grupo Neoenergia

NOTA FISCAL / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-907
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0905942-60 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO

CPF: 053 208 204-12

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA BOA ESPERANCA 351 A

RSA DO OIPAU AMARELO
PAULISTA PE
53431-305

Nº da Nota Fiscal	Série	Emissão
000052052	ÚNICA	10/07/2017

Vencimento	Cód. Identificador	Nº da Instalação
10/07/2017	2010058072	5123011

Nº do Documento	Vencimento
7002053185	10/07/2017

Período de Consumo	Próxima Leitura
17/07/2017	10/08/2017

Total a Pagar: 5,88

DISCRIMINAÇÃO DA NOTA FISCAL

	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo Ativo(kWh)	0,0000000	0,52150351	0,00
ICMS Subvenção-CDE-NF 000019011-09/05/17			1,78
Multa por atraso-NF 000019011 - 09/05/17			2,21
Juros por atraso-NF 000019011 - 09/05/17			1,89

Comprovante de residencia

TOTAL DA FATURA 5,88

DADOS DO FORNECIMENTO E LEITURA

Nº do Medidor	Tipo da Função	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
[illegible]	CAT	08-06-2017	5.700,00	10-07-2017	5.700,00	30	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	kWh
JUL/17	0
JUN/17	30
MAI/17	210
ABR/17	145
MAR/17	172
FEV/17	30
JAN/17	30
DEZ/16	30
NOV/16	30
OUT/16	30
SET/16	30
AGO/16	30
JUL/16	30

BASES DE CÁLCULO

	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS			
PIS	0,00	0,0	0,00
COFINS	0,00	0,0	0,00

Composição da Energia	R$	%
Transmissão	R$ 0,00	0,00%
Distribuição (Celpe)	R$ 0,00	0,00%
Geração de Energia	R$ 0,00	0,00%
Encargos Setoriais	R$ 0,00	0,00%
Tributos	R$ 0,00	0,00%
Total	R$ 5,88	100%

MENSAGEM AO CONSUMIDOR

Consumo Ativo(kWh) 0 R$0,00

CÓDIGO DE BARRAS

08C6 4002 72RE 2F06 88FF F5EF 6569 E030

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DEMONSTRATIVO DE TRANSPORTE DE ENERGIA ELÉTRICA

Componente	Valor Anterior (R$/MWh)	Limite Inferior	Limite Superior	Limite Atual
TUSD	0,00	0,00	0,00	0,00
TUSC	0,00	0,00	0,00	0,00
DMPC	0,00	0,00	0,00	0,00

Limite (R$/kWh): 0,00 (Valor Líquido Incluso Subvenção Distribuição = R$ 0,00)

Tensão Nominal (V)	Limite de Variação (V) Mínimo	Máximo
220	202	231

CPFM0001 | TRSP 3PM01 MS 07-07-2017 18:37 253363 1/1

BAIXADO OK

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 690661 Prontuário: 1042229

Nome: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
Data Nasc.: 05/03/1984 Idade: 33 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 708007386734921
Endereço: RUA BOA ESPERANCA Nº: 351
Bairro: LOTEAMENTO CONCEICAO Cidade: PAULISTA Estado: PE
CEP: 53433700 Fone: 558185620839 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: MARLEIDE RODRIGUES DA SILVA RIBEIRO
Nome do Conjuge:
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Visto pelo MPA

2 - ATENDIMENTO Data: 27/09/2017 11:39 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

DOR EM OMBRO DIR, APÓS ACIDENTE DE TRÂNSITO (BICICLETA X CARRO), EM CONTA DE 25 HORAS. TRAZ RX DO OMBRO SEM IMAGEM FUGIDA.

Exame Físico: DE FRATURA DE ESCAPULA PA:_____ FC:_____ FR:_____

DOR + LIM. DIF. FUNCIONAL DO OMBRO DIR

Documentacao medico – ho.

Diag. Provisório: FRATURA DE ESCAPULA.

SOLICITO TC DO OMBRO DIR

Dr. João Paulo Magalhães
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 18837 TEOT 17460

Prescrição:

Dieta:

Data		Horário
	CONTROLO D 27 09 17	
	Paciente consciente, ACOMP: EGB, coerente, orientado	
16h30	RX com fratura de escapula. Apta, pulso neurovascular preservado mesmo ⊕. MPA outras queixas.	
	CD: A/Tratamento conservador	
	Aguardar	

.L OTAVIO DE FREITAS

Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

-17 11:45

Nome Paciente:	DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
Cód. Paciente:	1042229
Data de Nascimento:	05/03/1984
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	FN0025
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	690661

27/09/2017 11:45 - ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA - COREN: 94448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:	**AMARELO - URGENTE**
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACIWENTE VEIO ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA. SOFREU QUEDA DE BICICLETA APOS COLISAO CO CARRO HOJE DE MANHA. TRAUMA EM MSD. QUEIXA DE DOR.
Observação:	
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es):	- DOR MODERADA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Alergia(s):	-
Sinais Vitais Lidos:	- RÉGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA
Data: 27/09/2017 11:45

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IMIP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) SENHA 5264854
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Pac: 396530 - DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
Sexo: M (x) F ( ) Profissão: Mãe: MARLEIDE RODRIGUES DA SILVA RIBEIRO 1197443 Idade: 33
Endereço Residencial: Fone:
Cidade: PALMARES - PE Bairro:

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO COM E BICICLETA
SEM USO DE CAPACETE. DOR EM OMBRO DIREITO.
Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE ESCAPULA DIREITA.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): Temperatura: F.C.: P.A.: x
Vias Aéreas: FR Dispnéia 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 ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )
Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )
Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-50	FC: RN 120-160
< 1 ano 30-50	< 1 ano 90-140
Crianças 20-30	Criança 80-110
Adulto 12-30	Adulto 60-100

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

Pac: 296535 - DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
Mãe: MARLEIDE RODRIGUES DA SILVA RIBEIRO
Nasc: 05/03/1984
1197443

Atendimento: 1197443 **Senha da Classificação:**
Data e Hora: 27/09/2017 08:59

Paciente: 296535 DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO **Sexo:** MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 05/03/1984 **Idade:** 33 anos **Convenio:** 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARLEIDE RODRIGUES DA SILVA RIBEI **Nome do Pai:**
Estado Civil: SOLTEIRO **Nome do Médico:** ORTOPEDISTA - PLANTONISTA **CRM:** 1234567
Endereço: BOA ESPERANCA CASA A -- 351 **Bairro:** NOSSA SENHORA DO O
Cidade/UF: PAULISTA PE **Cep:** 53431180 **Usuário Atendimento:** SHIRLENESS
RG (Identidade): **Data de Emissão:**
CPF (Cadastro de Pessoa Fisica): **Fone:** 84548376
CRN(Certidão de Registro de Nasc): **Data de Emissão CRN:**

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:_____ Altura:_____ Temperatura:_____ Hora:_____

Queixa Principal

Paciente trazido pelo SAMU queixa de colisão com bicicleta há 1 hora, usa perda de consciência, refere dor no ombro dir. não consegue [illegible] movimentos e valor venoso.

Exame Fisico

dor a palpação de ombro dir. sem [illegible].
coto. [illegible] sem [illegible] evidentes.

Hipotese Diagnostico

deslocamento ombro dir. (S0010 6010-0)

Conduta Terapeutica

Solicito RX

Eduardo Vieira de Lima
Téc. Enfermagem
COREN-PE 346294

Prescrição Médica

- Tipoia
- Tramal 50mg IM 100-2 50 gotas EV.
- Cefotaxima 1g IM.
- Soro Anatoxina

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência
Transferido:
Para: KOF. **Senha:** T261 809

Sérgio Pedro B. Sampaio
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 1234567

Carimbo/Médico

1197443

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

Data e hora retirada da senha: 27/09/2017 08:56

Nome Paciente:	DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	05/03/1984
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	0069
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

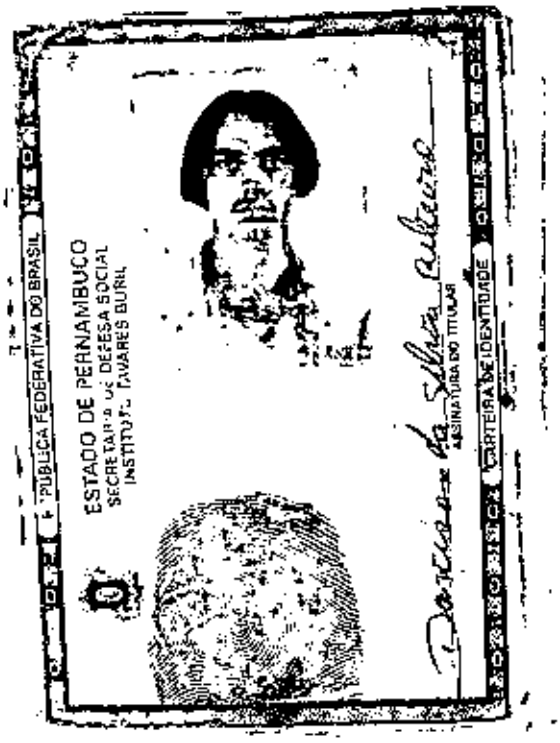
Período: 27/09/2017 08:57 - 27/09/2017 08:58

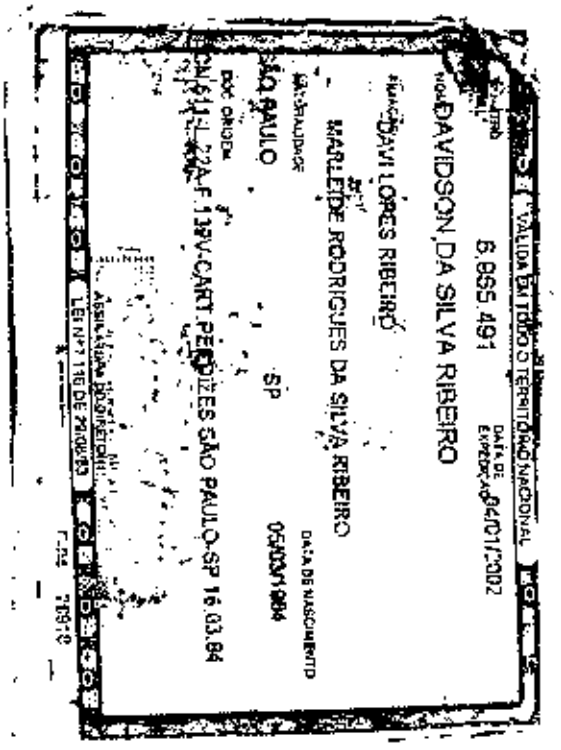
JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	**URGENCIA - AMARELO**
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	TRAZIDO PELO SAMU PAULISTA VITIMA DE COLISÃO COM RELATO MSD , NG VOMITOS, NG DESMAIO
Observação:	HAS- DM- NEGA ALERGIA USIATT
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/09/2017 08:58





Documentos de identificaca

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0497466/17
Vítima: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
CPF: 053.268.204-12 CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/09/2017
, Titular do CPF: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
Outros

UUTROS

DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO : 053.268.204-12
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 07/12/2017	Data do cadastramento: 28/12/2017
Nome: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO	Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF/CNPJ: 053.268.204-12	CPF: 164.083.787-65
DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO	Nathalia Beatriz Braga Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180008789
Cidade: Paulista
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
Data do acidente: 27/09/2017
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA DE BRAÇO DIREITO
Resultados terapêuticos: NÃO INDENIZADO
Sequelas permanentes: DOR
Sequelas: Sequela não indenizável
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS
CRM do médico: 52.43685-6
UF do CRM do médico: RJ
Assinatura do médico:

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3180008789**
Vitima: **DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO**
Data do Acidente: **27/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180008789.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO**

Nº Sinistro **3180008789**
Vitima: **DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO**
Data do Acidente: **27/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180008789**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **27/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado.**

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora
Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Pa... http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	053.268.204-12	DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO		053.268.204-12	
Endereço: RUA BOA ESPERANÇA		Número: 35A-A	Complemento: NOSSA SENHORA DO Ó
Bairro: PAU AMARELO	Cidade: PAULISTA	Estado: PE	CEP: 53431-305
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [X] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[X] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [X] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 0045 DV: 013 (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 8150 DV: 4 (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: DV: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: DV: (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Paulista, 011 de Dezembro de 2017
Local e Data

Davidson da Silva Ribeiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - 2536471
DATA: 04/12/2017 HORA: 08:49:32
TERMINAL: 09441012 CONTROLE: 094410120147

AGÊNCIA: 0045 - AV GUARARAPES
CONTA : 013.00008150-4
CLIENTE: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
11/11	5,74

RESUMO EM 01/12

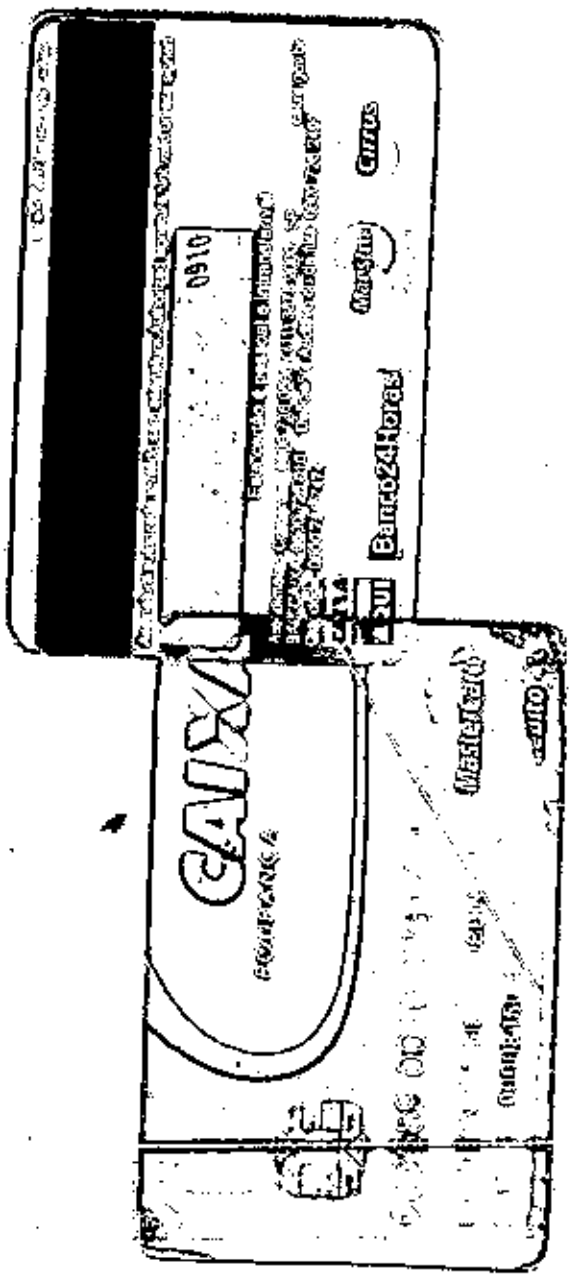
SALDO	5,74

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	5,74C
SALDO TOTAL	5,74C

"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE RIO DOCE
26ª CIRCUNSCRIÇÃO

IP
01

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0116002768

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/10/2017** às **14:24**

Complementa o BO Número: **17E0116002715**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/9/2017** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BRASIL, 1** - Bairro: **MARANGUAPE - I** - **PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO ARMAZEM COMFERRO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Boletim de ocorrencia

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JEYMSON RICARDO DAS NEVES (AUTOR \ AGENTE)
DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JEYMSON RICARDO DAS NEVES
ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO

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

JEYMSON RICARDO DAS NEVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANA MARIA DAS NEVES** Pai: **EMANOEL CARLOS DAS NEVES** Data de Nascimento: **15/5/1972** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3983639/SSP/PE (RG), 79666426404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3°. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:
- 984295923

Endereço Residencial: **RUA FREI CANECA, 10, 1° TRAVESSA - CEP: 55000-000 - Bairro: VILA TORRES GALVAO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLEIDE RODRIGUES DA SILVA RIBEIRO** Pai: **DAVI LOPES RIBEIRO** Data de Nascimento: **5/3/1984** Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **6965491/SDS/PE (RG), 05326820412 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Telefones Celulares:
- 984548376

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PAU AMARELO (BAIRRO), 351, RUA BOA ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1(HB20) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JEYMSON RICARDO DAS NEVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEYMSON RICARDO DAS NEVES**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HYUNDAI/HB20** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **PCX2812** (PERNAMBUCO/PAULISTA)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS) de propriedade do(a) Sr(a): **DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

NOTICIOU O AUTOR QUE ESTAVA PARADO AS MARGENS DA AVENIDA BRASIL,SENTIDO PAULISTA/RIO DOCE , EM FRENTE AO ARMAZEM COMFERRO , ESPERENDO OPORTUNIDADE PARA REALIZAR O RETORNO, NA MESMA VIA E PEGAR O SENTIDO CONTRÁRIO DESTA . QUE OBSERVOU OS DOIS SENTIDOS DA VIA E NÃO PERCEBEU VEÍCULO NENHUM , O QUE O MOTIVOU A REALIZAR A MANOBRA . QUE AO FAZER A MANOBRA NÃO PERCEBEU A VINDA DA VÍTIMA QUE PILOTAVA SUA BICICLETA NO MESMO SENTIDO DO VEÍCULO .QUE A MANOBRA FOI RÁPIDA, NÃO TENDO TEMPO, À VÍTIMA DE FREAR SUA BICICLETA, CHOCANDO-SE CONTRA A ALTERAL ESQUERDA DO CARRO . QUE AO COLIDIR COM O VEÍCULO , À VÍTIMA CAIU DA BICICLETA, FICANDO NO CHÃO , PROXIMO AO VEÍCULO. QUE O AUTOR INSTINTIVAMENTE, APÓS O CHOQUE , AINDA CONDUZIU O VEÍCULO POR UNS CINCO METROS E PAROU , O QUE FOI SUFUCIENTE PARA PASSAR SOBRE O OMBRO DA VÍTIMA , CAUSANDO UMA LESÃO . QUE APÓS O ACIDENTE , O AUTOR CHAMOU O SAMU E AGUARDOU NO LOCAL O SOCORRO . QUE À VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA UPA DE OLINDA .

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

JEYMSON RICARDO DAS NEVES
(AUTOR \ AGENTE)
DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JEYMSON RICARDO DAS NEVES** - Matrícula: **272953-9**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE RIO DOCE
26ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ºCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0116002715

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/09/2017** às **13:25**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2017** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BRASIL, 1** - Bairro: **MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO ARMAZEM COMFERRO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JEYMSON RICARDO DAS NEVES (AUTOR \ AGENTE)
DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JEYMSON RICARDO DAS NEVES

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

JEYMSON RICARDO DAS NEVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANA MARIA DAS NEVES** Pai: **EMANOEL CARLOS DAS NEVES** Data de Nascimento: **15/5/1972** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3983639/SSP/PE (RG), 79666426404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3°. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:
- **984295923**

Endereço Residencial: **RUA FREI CANECA, 10, 1ª TRAVESSA - CEP: 55000-000 - Bairro: VILA TORRES GALVAO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLEIDE RODRIGUES DA SILVA RIBEIRO** Pai: **DAVI LOPES RIBEIRO** Data de Nascimento: **5/3/1984** Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **6965491/SDS/PE (RG), 05326820412 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Telefones Celulares:
- **984548376**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PAU AMARELO (BAIRRO), 351, RUA BOA ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1(HB20) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JEYMSON RICARDO DAS NEVES**, que estava em

posse do(a) Sr(a): **JEYMSON RICARDO DAS NEVES**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HYUNDAI/HB20** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PCX2812** (PERNAMBUCO/PAULISTA)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS) de propriedade do(a) Sr(a): **DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

NOTICIOU O AUTOR QUE ESTAVA PARADO AS MARGENS DA AVENIDA BRASIL,SENTIDO PAULISTA/RIO DOCE , EM FRENTE AO ARMAZEM COMFERRO , ESPERENDO OPORTUNIDADE PARA REALIZAR O RETORNO, NA MESMA VIA E PEGAR O SENTIDO CONTRÁRIO DESTA . QUE OBSERVOU OS DOIS SENTIDOS DA VIA E NÃO PERCEBEU VEÍCULO NENHUM , O QUE O MOTIVOU A REALIZAR A MANOBRA . QUE AO FAZER A MANOBRA NÃO PERCEBEU A VINDA DA VÍTIMA QUE PILOTAVA SUA BICICLETA NO MESMO SENTIDO DO VEÍCULO .QUE A MANOBRA FOI RÁPIDA, NÃO TENDO TEMPO, A VÍTIMA DE FREAR SUA BICICLETA, CHOCANDO-SE CONTRA A ALTERAL ESQUERDA DO CARRO . QUE AO COLIDIR COM O VEÍCULO , A VÍTIMA CAIU DA BICICLETA, FICANDO NO CHÃO , PROXIMO AO VEÍCULO. QUE O AUTOR INSTINTIVAMENTE, APÓS O CHOQUE , AINDA CONDUZIU O VEÍCULO POR UNS CINCO METROS E PAROU , O QUE FOI SUFUCIENTE PARA PASSAR SOBRE O OMBRO DA VÍTIMA , CAUSANDO UMA LESÃO . QUE APÓS O ACIDENTE , O AUTOR CHAMOU O SAMU E AGUARDOU NO LOCAL O SOCORRO . QUE À VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA UPA DE OLINDA .

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

JEYMSON RICARDO DAS NEVES
(AUTOR \ AGENTE)
DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURÍCIO FERNANDO A. DA SILVA MAT. 152.497-6** - Matrícula: **152497-6**

07-07-2017 10:36 253359 1/1

Declaração de Inexistência

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO	053.268.204-18	27-09-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Paulista, 04 de Dezembro de 2017
Local e Data

Davidson da Silva Ribeiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017