

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DOCUMENTO 4 *T496*



LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sra. MAYARA KELLY DA SILVA NASCIMENTO foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/08/2016 sofrendo FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL À ESQUERDA, FRATURA FECHADA DO 3 METACARPO À ESQUERDA, LUXAÇÃO DE F3 DO 3 QUIRODACTILO ESQUERDO E LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA DO 4 RÁDIO DA MÃO ESQUERDA, submetida a tratamento cirúrgico em outro serviço (redução cirúrgica e fixação com fios de kirschner). Ao exame físico apresenta deformidade óssea no dorso da mão esquerda (luxação carpo-metacarpiana do 4 raio da mão esquerda), limitação grave da articulação metacarpo-falangiana e interfalangiana distal do 3 quirodactilo esquerdo, atrofia muscular da mão esquerda com déficit da força de preensão da mão esquerda. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 29/12/2016

Roberto de Castro Costa

ROBERTO DE CASTRO COSTA

CRM: 11.730

Dr. Roberto C. Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11.730 8501-7534

569100391 LIDER ORT 3 21-08-2017 18:46 0987534 1/1



Prefeitura Municipal
de Machados



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 21/08/2016 HORA: 00:10Hs REGISTRO: _____

NOME: Mayara Kelly da Silva Vasconcelos

SEXO: F IDADE: 15A ESTADO CIVIL: Solt. DATA NASC.: 04/03/2001

ENDEREÇO: R. Antônio Emílio - Machados - PE.

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Taciele Lima (Brnã)

QUEIXAS:

Paciente sofreu ac. de moto (sic)
apresenta feridas abertas contusas
no sulco E, pé Esq. e perna esq.
assim como MID.

Trauma mão esq. com edema e dor.
cabec. sem comprometidos.

Abdomen - dor leve no abd.

A.R. - Refrataria (simp.)

coniente, orientada, pulso cheio

PA = 110 x 80

H E U

4985729

Cartão Único: Rua José Nilo - s/n Machados - PE
Autêntico a presente cópia reprográfica conforme a
original a mim apresentada, do que dou fé.
Machados, 21/08/2016. Embrace, da verdade.
Cada: ES 1,12 2016 ADRIANO DA SILVA
(Substituto) 850

Válida, conforme com o selo 0076760, JAR03201601, 00100
Consulte o selo digital em www.tiipa-jus.br/selodigital

☐ () OBSERVAÇÃO ☐ () ÓBITO ☐ () ALTA

☒ () PROCEDIMENTO

MÉDICO

RECEPCIONISTA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/Nº Cordeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente paciente **MAYARA KELLY DA SILVA**, esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia-ortopedia, de **21/08/16** ao dia **06/09/16** para tratamento médico-hospitalar. Que ocasionou a patologia CID 10: S52.5

Deixo a cargo de o **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 06/09/16

Dr. Bruno Montalvo
Médico
CRM-PE: 24221

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas				SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Maiana Kelly da Silva</u>				02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:				CARTÃO BUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1027031</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: ☐ F ☐ M	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura fechada de rádio distal E @ Fratura fechada 3MTCE @</u>					
COMORBIDADE: <u>Luxação de F3 QOE</u>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO:					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>21/08/16</u>		DATA DA ALTA: <u>06/09/16</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO		
CÓD:	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			MATRICULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dra. Sandra</u>			
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE ☐ HEMODIÁLISE					
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>Paciente submetida a procedimento cirúrgico em 03/09/16.</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E OS ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Retorno ao ambulatório de Dra. Sandra em 03. semana. ATB @ Analgesia.</u>					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS			ORTO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO:		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.					
06, 09, 16 DATA			Bruno Monteiro Médico Responsável ASSINATURA/CARIMBO		

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO 21-MAR-2017 16:47:09/761 14

CONSULTA	0301010170		RAIO X	
GLOBULINA	0202080209		ANTEBRAÇO	0204040019
AC. URICO	0202010120		ABDOMEN SIMPLES AP	0204060138
ALBUMINA	0202010827		ABDOMEN AP+LATERAL	0204060111
			BACIA	0204060098
BILIRRUBINA	0202010201		BRACÇO	0204040081
CÁLCIO	0202010210		COTOVELO	0204040078
CLÓRETO	0202010280		CALCÂNEO	0204060109
COLESTEROL	0202010298		COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRÂNIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202080080		CRÂNIO PA+LAT+OBL	0204010071
DESIDROGENASE	0202010388		COXA	0204060117
GAMA	0202010488		COLTORACO LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010732		CLAVICULA	0204040080
GLICOSE	0202010473		FACE	0204010144
HEMO CULTURA	0202080183		FÊMUR	0204060060
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO	0204060133
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL	0204060128
LEUCOGRAMA	0202020398		MAO	0204040088
LCR	0202090600		OMBRO	0204040118
FÓSFORO	0202010430		PE	0204060160
FÓSF. ALCALINA	0202010422		TÓRAX AP	0204020170
MAGNÉSIO	0202010882		TÓRAX AP E PERFIL	0204020153
MILOGRAMA	0202090181		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEINA	0202010670		PERNA	0204060168
PARASITOLÓGICO	0202040127		MANDIBULA	0204010085
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA	
PROT. TOTAIS	0202010819		ABDOMEN SUPERIOR	0206020038
PESQUISA BK	0202080072		ABDOMEN TOTAL	0206020048
POTÁSSIO	0202010600		TÓRAX	0206020138
SÓDIO	0202010635		PELVICA	0206020180
TSTC	0202020488		TRANSVAGINAL	0206020188
TEMP. SANG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREÓIDE	0206020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREÓIDE	0206020137
TRIGLICÉRIDO	0202010676		MAMA	0206020087
TGO	0202010643		PRÓSTATA	0206020118
TOP	0202010651		VIA URINÁRIA	0206020034
TPAE	0202020487		TOMOGRÁFIA	
UREIA	0202010894		COLUNA CERVICAL	0206010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SACRA	0206010028
			COLUNA TORÁCICA	0206010038
CONC. HEMÁCIA	0306020068		FACE	0206010044
CONC. PLASMA	0306020108		PRESCOÇO	0206010062
CONC. PLAQUETA	0306020078		SELA TURCICA	0206010060
PRÉ TRANSF. I	0212010028		CRÂNIO	0206010079
PRÉ TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0206010087
			MEMBROS SUPERIORES	0206020015
NEBULIZAÇÃO	0301100101		SEG. APENDICULARES	0206020023
HISTOPATOLÓGICO	0203020030		TÓRAX	0206020031
ECG	0211020038		ABDOMEN SUPERIOR	0206030010
EDA	0209010037		MEMBROS INFERIORES	0206030023
FUNÇÃO	0401040018		PELVEBACIA	0206030037
TRAÇÃO	0408060098		FISIOT. RESP.	0302040021
			FISIOT. MOTORA	0306020030
			CURATIVO	0401010018

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DOCUMENTO 4 *T496*



LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sra. MAYARA KELLY DA SILVA NASCIMENTO foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/08/2016 sofrendo FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL À ESQUERDA, FRATURA FECHADA DO 3 METACARPO À ESQUERDA, LUXAÇÃO DE F3 DO 3 QUIRODACTILO ESQUERDO E LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA DO 4 RÁDIO DA MÃO ESQUERDA, submetida a tratamento cirúrgico em outro serviço (redução cirúrgica e fixação com fios de kirschner). Ao exame físico apresenta deformidade óssea no dorso da mão esquerda (luxação carpo-metacarpiana do 4 raio da mão esquerda), limitação grave da articulação metacarpo-falangiana e interfalangiana distal do 3 quirodactilo esquerdo, atrofia muscular da mão esquerda com déficit da força de preensão da mão esquerda. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 29/12/2016

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

Dr. Roberto C. Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11.730 8501-7334

569100391 LIDER ORT 3 21-08-2017 18:46 0987550 1/1



Prefeitura Municipal
de Machados



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 21/08/2016 HORA: 00:10Hs REGISTRO: _____

NOME: Mayara Kelly da Silva Vasconcelos

SEXO: F IDADE: 15A ESTADO CIVIL: Solt. DATA NASC.: 04/03/2001

ENDEREÇO: R. Antônio Emílio - Machados - PE.

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Taciele Lima (Brnã)

QUEIXAS:

Paciente sofreu ac. de moto (sic)
apresenta feridas abertas contusas
no sulco E, pé Esq. e perna esq.
assim como MID.
Trauma mto esq. com edema edor.
cabeça sem comprometimento.
Abdomen - dor leve no abd.
Ar - Pulso - Freq. - Temp.
consciente, orientada, pupila cheia
PA = 110 x 80

H E U

4985729

Cartão Único: Rua José Nilo - s/n Machados - PE
Autêntico a presente cópia reprográfica conforme a
original a mim apresentada, do que dou fé.
Machados, 21/08/2016. Empecado da verdade.
Carla: ES 1,12 2016 ADRIANO DA SILVA
(Substituto) 850

Validade: 0076760, JAR03201601, 00100
Consulte o Selo Digital em www.tiipa-jus.br/selodigital

☐ () OBSERVAÇÃO ☐ () ÓBITO ☐ () ALTA

☒ () PROCEDIMENTO

MÉDICO

RECEPCIONISTA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/Nº Cordeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente paciente **MAYARA KELLY DA SILVA**, esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia-ortopedia, de **21/08/16** ao dia **06/09/16** para tratamento médico-hospitalar. Que ocasionou a patologia CID 10: S52.5

Deixo a cargo de o **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 06/09/16

Dr. Bruno Montalvo
Médico
CRM-PE: 24221

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas				SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Maiana Kelly da Silva</u>				02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:				CARTÃO BUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1027031</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: ☐ F ☐ M	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura fechada de rádio distal E @ Fratura fechada 3MTCE @</u>					
COMORBIDADE: <u>Luxação de F3 QOE</u>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO:					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>21/08/16</u>		DATA DA ALTA: <u>06/09/16</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO		
CÓD:	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dra. Sandra</u>			
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE ☐ HEMODIÁLISE					
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>Paciente submetida a procedimento cirúrgico em 03/09/16.</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E OS ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Retorno ao ambulatório de Dra. Sandra em 03. semana. ATB @ Analgesia.</u>					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS			ORTO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO:		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.					
06, 09, 16 DATA			Bruno Monteiro Médico Responsável ASSINATURA/CARIMBO		

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO 21-MAR-2017 16:47:09/761 14

CONSULTA	0301010170		RAIO X	
GLOBULINA	0202080209		ANTEBRAÇO	0204040019
AC. URICO	0202010120		ABDOMEN SIMPLES AP	0204060138
ALBUMINA	0202010827		ABDOMEN AP+LATERAL	0204060111
			BACIA	0204060098
BILIRRUBINA	0202010201		BRACÇO	0204040081
CÁLCIO	0202010210		COTOVELO	0204040078
CLÓRETO	0202010280		CALCÂNEO	0204060109
COLESTEROL	0202010298		COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRÂNIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202080080		CRÂNIO PA+LAT+OBL	0204010071
DESIDROGENASE	0202010388		COXA	0204060117
GAMA	0202010488		COLTORACO LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010732		CLAVICULA	0204040080
GLICOSE	0202010473		FACE	0204010144
HEMO CULTURA	0202080183		FÊMUR	0204060060
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO	0204060133
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL	0204060128
LEUCOGRAMA	0202020398		MAO	0204040088
LCR	0202090600		OMBRO	0204040118
FÓSFORO	0202010430		PE	0204060160
FÓSF. ALCALINA	0202010422		TÓRAX AP	0204020170
MAGNÉSIO	0202010882		TÓRAX AP E PERFIL	0204020153
MILOGRAMA	0202090181		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEINA	0202010670		PERNA	0204060158
PARASITOLÓGICO	0202040127		MANDIBULA	0204010085
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA	
PROT. TOTAIS	0202010819		ABDOMEN SUPERIOR	0206020038
PESQUISA BK	0202080072		ABDOMEN TOTAL	0206020048
POTÁSSIO	0202010600		TÓRAX	0206020138
SÓDIO	0202010635		PELVICA	0206020180
TSTC	0202020488		TRANSVAGINAL	0206020188
TEMP. SANG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREÓIDE	0206020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREÓIDE	0206020137
TRIGLICÉRIDO	0202010676		MAMA	0206020087
TGO	0202010643		PRÓSTATA	0206020118
TOP	0202010651		VIA URINÁRIA	0206020034
TPAE	0202020487		TOMOGRÁFIA	
UREIA	0202010894		COLUNA CERVICAL	0206010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SACRA	0206010028
			COLUNA TORÁCICA	0206010038
CONC. HEMÁCIA	0306020068		FACE	0206010044
CONC. PLASMA	0306020108		PRESCOÇO	0206010062
CONC. PLAQUETA	0306020078		SELA TURCA	0206010060
PRÉ TRANSF. I	0212010028		CRÂNIO	0206010079
PRÉ TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0206010087
			MEMBROS SUPERIORES	0206020015
NEBULIZAÇÃO	0301100101		SEG. APENDICULARES	0206020023
HISTOPATOLÓGICO	0203020030		TÓRAX	0206020031
ECG	0211020038		ABDOMEN SUPERIOR	0206030010
EDA	0209010037		MEMBROS INFERIORES	0206030023
FUNÇÃO	0401040018		PELVEBACIA	0206030037
TRAÇÃO	0408060098		FISIOT. RESP.	0302040021
			FISIOT. MOTORA	0306020030
			CURATIVO	0401010018

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Documentação médico - hospitalar



LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sra. MAYARA KELLY DA SILVA NASCIMENTO foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/08/2016 sofrendo FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL À ESQUERDA, FRATURA FECHADA DO 3 METACARPO À ESQUERDA, LUXAÇÃO DE F3 DO 3 QUIRODACTILO ESQUERDO E LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA DO 4 RÁDIO DA MÃO ESQUERDA, submetida a tratamento cirúrgico em outro serviço (redução cirúrgica e fixação com fios de kirschner). Ao exame físico apresenta deformidade óssea no dorso da mão esquerda (luxação carpo-metacarpiana do 4 raio da mão esquerda), limitação grave da articulação metacarpo-falangiana e interfalangiana distal do 3 quirodactilo esquerdo, atrofia muscular da mão esquerda com déficit da força de preensão da mão esquerda. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 29/12/2016

Roberto de Castro Costa

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

Dr. Roberto C. Costa
Ortopedia & Traumatologia
CRM 11.730 RBO-7934

SEGURODESA LIDER ORANI 3 21-08-2017 16:46 098750 1/1



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, 5/III, Candeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente paciente **MAYARA KELLY DA SILVA**, esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia-ortopedia, de **21/08/16** ao dia **06/09/16** para tratamento médico-hospitalar. Que ocasionou a patologia CID 10: S52.5

Deixo a cargo de o **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 06/09/16

Dr. Bruno Monteiro
Médico
CRM-PE: 24221

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		 SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Mayana Kelly da Silva</u>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE: _____		CARTÃO BUS: _____	
CÔNICA: _____	ENFERMARIA: _____	LEITO: _____	Nº DO REGISTRO: <u>1027031</u>
DATA DE NASCIMENTO: _____	IDADE: _____	PESO: _____	ALTURA: _____
		SEXO: ☐ F ☐ M	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura fechada de rádio distal E + Fratura fechada 3MTCE</u>			
COMORBIDADE: <u>Luxação de F3 QOE</u>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): _____			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>21, 08, 16</u>	DATA DA ALTA: <u>06, 09, 16</u>	DIAS DE INTERNAÇÃO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____		CID: _____	CARGA/REVISOR/FATURAMENTO: _____
CQD: _____	EQUIPE: _____	NOME DO PROFISSIONAL: _____	MATRÍCULA: _____
1	CIRURGIÃO	<u>Dra. Sandra</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE ☐ HEMODIÁLISE			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS:			
<u>Paciente submetida a procedimento cirúrgico em 01/09/16.</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: _____			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Retorno ao ambulatório de Dra. Sandra em 03 semana. ATB @ Analgesia.</u>			
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS: _____		QHTD: ☐ IML ☐ SVO ☐ RO: _____	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: _____			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.			
<u>06, 09, 16</u> DATA		Bruno Monteiro Médico CRM-PE 24.221 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____	

SEÇÃO DE LIGER DIA 3 e 21-08-2017 08:47 098765 1/1

CONSULTA	0301010170		RAIO X	
GLOBULINA	0202000209		ANTEBRAÇO	0204040019
AC.ÚRICO	0202010120		ABDOMEN SIMPLES AP	0204000130
ALBUMINA	0202010037		ABDOMEN AP+LATERAL	0204000111
			BACIA	0204000095
BILIRRUBINA	0202010201		BRACÇO	0204040051
CALCIO	0202010210		COTOVELO	0204040070
CLÓRETO	0202010250		CALCÂNEO	0204000109
COLESTEROL	0202010288		COLUMA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRÂNIO PA+LATERAL	0204010050
CULTURA GERAL	0202000080		CRÂNIO PA+LAT+OBLI	0204010071
DESHIDROGENASE	0202010368		COXA	0204000117
GAMA	0202010405		COLTORACO-LOMBAR	0204020107
GABOMETRIA	0202010732		CLAVICULA	0204000000
GLICOSE	0202010473		FACE	0204010144
HEMOGLOBINA	0202000163		FEMUR	0204000060
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO	0204000133
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL	0204000128
LEUCOGRAMA	0202020398		MAO	0204000088
LCR	0202000090		OMERO	0204040110
POBFORO	0202010430		PE	0204000150
POBFCALCALINA	0202010432		TORAX AP	0204000170
MAGNESIO	0202010062		TORAX AP E PERPIL	0204000153
MIELOGRAMA	0202000191		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEINA	0202010070		PERNA	0204000159
PARASITOLÓGICO	0202040127		MANDIBULA	0204010055
PCR	0202030302		ULTRASSONOGRAFIA	
PRÓT.TOTAIS	0202010010		ABDOMEN SUPERIOR	0200020038
PERQUISA BK	0202000072		ABDOMEN TOTAL	0200020040
POTASSIO	0202010000		TORAX	0200020134
SÓDIO	0202010036		PELVICA	0200020100
TSTC	0202020488		TRANSVAGINAL	0200020106
TEMP GARG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREOIDE	0200020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREOIDE	0200020137
TRIGLICÉRIDES	0202010070		MAMA	0200020087
TGO	0202010043		PRÓSTATA	0200020110
TGP	0202010051		VIA URINARIA	0200020054
TPAE	0202020487		TOMOGRÁFIA	
URÉIA	0202010094		COLUMA CERVICAL	0200010010
VDRL	0202031110		COLUMA LOMBO - SACRA	0200010028
			COLUMA TORÁCICA	0200010000
CONC. HEMÁCIA	0306020068		FACE	0200010044
CONC. PLASMA	0306020100		PRESCOCO	0200010062
CONC. PLAQUETA	0306020070		SELA TURCICA	0200010060
PRÉ TRANSF. I	0212010020		CRÂNIO	0200010079
PRÉ TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0200010087
			MEMBROS SUPERIORES	0200020016
NEBULIZAÇÃO	0301100101		SEG APENDICULARES	0200020023
HISTOPATOLOGICO	0203020030		TORAX	0200020031
ECG	0211020086		ABDOMEN SUPERIOR	0200030010
EDA	0202010037		MEMBROS INFERIORES	0200030020
FUNÇÃO	0401040019		PELVE/BACIA	0200030057
TRAÇÃO	0402000090		FISIOT. RESP.	0302040021
			FISIOT. MOTORA	0300020000
			CURATIVO	0401010010

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Documentação médico - hospitalar



LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sra. MAYARA KELLY DA SILVA NASCIMENTO foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/08/2016 sofrendo FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL À ESQUERDA, FRATURA FECHADA DO 3 METACARPO À ESQUERDA, LUXAÇÃO DE F3 DO 3 QUIRODACTILO ESQUERDO E LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA DO 4 RÁDIO DA MÃO ESQUERDA, submetida a tratamento cirúrgico em outro serviço (redução cirúrgica e fixação com fios de kirschner). Ao exame físico apresenta deformidade óssea no dorso da mão esquerda (luxação carpo-metacarpiana do 4 raio da mão esquerda), limitação grave da articulação metacarpo-falangiana e interfalangiana distal do 3 quirodactilo esquerdo, atrofia muscular da mão esquerda com déficit da força de preensão da mão esquerda. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 29/12/2016

Roberto de Castro Costa

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

Dr. Roberto C. Costa
Ortopedia & Traumatologia
CRM 11.730 RBO-7934

SEGURODESA LIDER ORANI 3 21-08-2017 16:46 098750 1/1



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, 5/III, Candeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente paciente **MAYARA KELLY DA SILVA**, esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia-ortopedia, de **21/08/16** ao dia **06/09/16** para tratamento médico-hospitalar. Que ocasionou a patologia CID 10: S52.5

Deixo a cargo de o **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 06/09/16

Dr. Bruno Monteiro
Médico
CRM-PE: 24221

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		 SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Mayana Kelly da Silva</u>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE: _____		CARTÃO BUS: _____	
CÔNICA: _____	ENFERMARIA: _____	LEITO: _____	Nº DO REGISTRO: <u>1027031</u>
DATA DE NASCIMENTO: _____	IDADE: _____	PESO: _____	ALTURA: _____
		SEXO: ☐ F ☐ M	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura fechada de rádio distal E + Fratura fechada 3MTCE</u>			
COMORBIDADE: <u>Luxação de F3 QOE</u>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): _____			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>21, 08, 16</u>	DATA DA ALTA: <u>06, 09, 16</u>	DIAS DE INTERNAÇÃO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____		CID: _____	CARGAS/REVISOR/FATURAMENTO: _____
Cód.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dra. Sandra</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE ☐ HEMODIÁLISE			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS:			
<u>Paciente submetida a procedimento cirúrgico em 01/09/16.</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: _____			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Retorno ao ambulatório de Dra. Sandra em 03 semana. ATB @ Analgesia.</u>			
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS _____		QTD: ☐ IML ☐ SVO ☐ DO: _____	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: _____			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.			
<u>06, 09, 16</u> DATA		Bruno Monteiro Médico CRM-PE 24.221 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO	

SEÇÃO DE LIGER DIA 3 e 21-08-2017 08:47 098765 1/1

CONSULTA	0301010170		RAIO X	
GLOBULINA	0202000209		ANTEBRAÇO	0204040019
AC.ÚRICO	0202010120		ABDOMEN SIMPLES AP	0204000130
ALBUMINA	0202010037		ABDOMEN AP+LATERAL	0204000111
			BACIA	0204000095
BILIRRUBINA	0202010201		BRACÇO	0204040051
CÁLCIO	0202010210		COTOVELO	0204040070
CLÓRETO	0202010250		CALCÂNEO	0204000109
COLESTEROL	0202010288		COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRÂNIO PA+LATERAL	0204010050
CULTURA GERAL	0202000080		CRÂNIO PA+LAT+OBLI	0204010071
DESHIDROGENASE	0202010368		COXA	0204000117
GAMA	0202010405		COLTORACO-LOMBAR	0204020107
GABOMETRIA	0202010732		CLAVICULA	0204000000
GLICOSE	0202010473		FACE	0204010144
HEMOGLOBINA	0202000163		FÊMUR	0204000060
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO	0204000133
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL	0204000128
LEUCOGRAMA	0202020398		MÃO	0204000088
LCR	0202000090		OMÉRO	0204040110
POBFORO	0202010430		PE	0204000150
POBFCALCALINA	0202010432		TÓRAX AP	0204000170
MAGNÉSIO	0202010062		TÓRAX AP E PERPIL	0204000153
MIELOGRAMA	0202000191		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEÍNA	0202010070		PERNA	0204000150
PARASITOLÓGICO	0202040127		MANDIBULA	0204010055
PCR	0202030302		ULTRASSONOGRAFIA	
PRÓT.TOTAIS	0202010010		ABDOMEN SUPERIOR	0200020030
PERQUISA BK	0202000072		ABDOMEN TOTAL	0200020040
POTÁSSIO	0202010000		TÓRAX	0200020130
SÓDIO	0202010035		PELVICA	0200020100
TSTC	0202020400		TRANSVAGINAL	0200020100
TEMP GARG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREÓIDE	0200020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREÓIDE	0200020137
TRIGLICÉRIDOS	0202010070		MAMA	0200020007
TGO	0202010043		PRÓSTATA	0200020110
TGP	0202010051		VIA URINÁRIA	0200020054
TPAE	0202020407		TOMOGRAFIA	
URÉIA	0202010094		COLUNA CERVICAL	0200010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SACRA	0200010020
			COLUNA TORÁCICA	0200010000
CONC. HEMÁCIA	0300020000		FACE	0200010044
CONC. PLASMA	0300020100		PRESCOCO	0200010062
CONC. PLAQUETA	0300020070		SELA TURCICA	0200010000
PRE TRANSF. I	0212010020		CRÂNIO	0200010079
PRE TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0200010007
			MEMBROS SUPERIORES	0200020010
NEBULIZAÇÃO	0301100101		SEG APENDICULARES	0200020023
HISTOPATOLOGICO	0203020030		TÓRAX	0200020031
ECG	0211020000		ABDOMEN SUPERIOR	0200030010
EDA	0202010037		MEMBROS INFERIORES	0200030020
FUNÇÃO	0401040019		PELVE/BACIA	0200030057
TRAÇÃO	0402000000		FISIOT. RESP.	0302040021
			FISIOT. MOTORA	0300020000
			CURATIVO	0401010010



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Otelino Vargas			SUMÁRIO DE ALTA		
NOME <u>Mayara Kelly Silva Nascimento</u>			DE (DUAS) VIAS		
NOME DE SOLTEIRO			NOME DE SOLTEIRO		
CLASSE	ESTADO	CIDADE	Nº DO REGISTRO: <u>5027031</u>		
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	RAÇA	ALTURA	SEDO: ☐ ☒ ☐
MOTIVO DE INTERNAÇÃO: <u>Pós-operatório fratura 3.º DE</u>					
PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO					
PRONOME DO PACIENTE: <u>Ratizada da materializada Sintese</u>					
DATA DE INTERNAÇÃO: <u>31.08.17</u>		DATA DA ALTA: <u>31.08.17</u>		DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO	
CÓDIGO DE INTERNAÇÃO		DE		CÓDIGO DE EVASÃO NATURALMENTE	
COD.	CONDIÇÃO	PROFISSIONAL	MATRÍCULA		
15	RESERVAÇÃO	<u>Dra. Sandra Palva</u>			
2	RESERVAÇÃO	<u>Dr. Carlos Augusto</u>			
3	RESERVAÇÃO	<u>Dr. Danilo Rocha</u>			
4	RESERVAÇÃO	<u>Dr. João Paulo</u>			
5	RESERVAÇÃO				
☐	RESERVAÇÃO	☐	☐		
☐	RESERVAÇÃO	☐	☐		
☐	RESERVAÇÃO	☐	☐		
ANOTAÇÃO DE ALTA: <u>31.08.17 - Ratizada da fratura 3.º DE</u>					
<u>M.T.C. E = 1</u>					
DIAGNÓSTICO DE ALTA: <u>Fratura 3.º DE</u>					
CÓDIGO DE ALTA: <u>3</u>					
MOTIVO DE ALTA: <u>Retorno ao ambulatório de</u>					
<u>Dra. Sandra Palva em 02 dias</u>					
OBSERVAÇÃO: <u>Retorno ao ambulatório de</u>					
DATA: <u>31.08.17</u>					





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Mayara Kay Silva

IDADE:

Nascimento

SEXO:

F ☐

M ☐

UNDO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE
MOTORISTAS DO TRÁFICO E
REMITIDA OSNOSJINTESE COM
FRTO X. HO 7.010.3. FOI RETIRADO
MATERIAL DE SINTAXE EM 3º NTC
VEM COM RIGIDIZ 2- 3º DO E E
INJUNTA FROTEPESIS.

UD- 562.3

Dr. Danilo S. Freire
Ortopedia Traumatol.
CRM-PE 19574 / TEOT 15.11.11

05-09-17

Avenida General San Martín s/n - Candeias
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: (0XX) 31845800



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Otelino Vargas			SUMÁRIO DE ALTA		
NOME <u>Mayara Kelly Silva Nascimento</u>			DE (DUAS) VIAS		
NOME DE SOLTEIRO			NOME DE SOLTEIRO		
CLASSE	ESTADO	CIDADE	Nº DO REGISTRO: <u>5027031</u>		
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	RAÇA	ALTURA	SEDO: ☐ ☒ ☐
MOTIVO DE INTERNAÇÃO: <u>Pós-operatório fratura 3.º DE</u>					
PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO					
PRONOME DO PACIENTE: <u>Ratizada da materializada Sintese</u>					
DATA DE INTERNAÇÃO: <u>31.08.17</u>		DATA DA ALTA: <u>31.08.17</u>		DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO	
CÓDIGO DE INTERNAÇÃO		DE		CÓDIGO DE EVASÃO NATURALMENTE	
COD.	CONDIÇÃO	PROFISSIONAL	MATRÍCULA		
15	RESERVAÇÃO	<u>Dra. Sandra Palva</u>			
2	RESERVAÇÃO	<u>Dr. Carlos Augusto</u>			
3	RESERVAÇÃO	<u>Dr. Danilo Rocha</u>			
4	RESERVAÇÃO	<u>Dr. João Paulo</u>			
5	RESERVAÇÃO				
☐	RESERVAÇÃO	☐	☐		
☐	RESERVAÇÃO	☐	☐		
☐	RESERVAÇÃO	☐	☐		
ANOTAÇÃO DE ALTA: <u>31.08.17 - Ratizada da fratura 3.º DE</u>					
<u>M.T.C. E = 1</u>					
DIAGNÓSTICO DE ALTA: <u>Fratura 3.º DE</u>					
CÓDIGO DE ALTA: <u>3</u>					
MOTIVO DE ALTA: <u>Retorno ao ambulatório de</u>					
<u>Dra. Sandra Palva em 02 dias</u>					
OBSERVAÇÃO: <u>Retorno ao ambulatório de</u>					
DATA: <u>31.08.17</u>					





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Mayara Kay Silva

IDADE:

Nascimento

SEXO:

F ☐

M ☐

UNDO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE
MOTORISTAS DO TRÁFICO E
REMITIDA OSNOSJINTESE COM
FRTO X. HO 7.010.3. FOI RETIRADO
MATERIAL DE SINTAXE EM 3º NTC
VEM COM RIGIDIZ 2- 3º DO E E
INJUNTA FROTEPESIS.

UD- 562.3

Dr. Danilo S. Freire
Ortopedia Traumatol.
CRM-PE 19574 / TEOT 15.11.11

05-09-17

Avenida General San Martín s/n - Candeias
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: (0XX) 81.31845800

DOCUMENTO S "T596"



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 140.481.434-50

Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Data de Nascimento: 04/03/2001

Comprovante emitido às 11:20:15 do dia
26/10/2016 (hora e data de Brasília).

Código de Controle do Comprovante:
76DB.A64E.AC4E.8031

Dígito Verificador: 00

A autenticidade desta comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:
<http://www.receita.fazenda.gov.br>

(Modelo aprovado pela IN RFB Nº 1.042,
de 10 de junho de 2010)

Emitido por: Banco do Brasil S.A.

SEI000001 LIBER 09/09/2017 3 8 21-09-2017 10:47 098756 1/1

Mod. 0.50.665-4 - Set/2016 - SISBB 16371 - bb.com.br - Central de Atendimento BB 0800 0001 (Capitals), 0800 729 0001 (Demais localidades) e Ouvidoria BB: 0800 729 5676 - pvv



Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Data de Nascimento: 04/03/2001

Comprovante emitido às 11:20:15 do dia 26/10/2016 (hora e data de Brasília).

Código de Controle do Comprovante:
76DB.A64E.AC4E.8031

Digito Verificador: 00

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço:
<http://www.receita.fazenda.gov.br>

(Modelo aprovado pela IN RFB Nº 1.042,
de 10 de junho de 2010)

Emitido por: Banco do Brasil S.A.

SEBASTIAN LINDER 38 21-418-2212 10:47 0928756 1/

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4608397 DATA DE EMISSÃO 29/05/1995

NOME Maria do Carmo da Silva.

FILIAÇÃO Antônio Félix da Silva.
Severina Maria da Conceição.

NATURALIDADE Limoeiro-PR. DATA DE NASCIMENTO 04/10/1971

DOC. ORDEM C. Nasc. 8079 fls. 208 vs liv. 11

Cart. de Machados-PR

Assinatura: *[Assinatura]*

Assinatura: *[Assinatura]*

LEI Nº 7.116 DE 20-03-90

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUIEL

[Fotografia]

Maria do Carmo da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

MARIA DO CARMO DA SILVA

Nº de inscrição 029273234-10

Data do Nascimento 04/10/71

[Código de barras]

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade e exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: *[Assinatura]*

MARIA DO CARMO DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 02/10/95

Documentos de identificação



SECRETARIA DA FAZENDA DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CADASTRO 21-48-2617 10-47 098758 1/1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4608397 DATA DE EMISSÃO 29/05/1995

NOME Maria do Carmo da Silva.

FILIAÇÃO Antônio Félix da Silva.
Severina Maria da Conceição.

NATURALIDADE Limoeiro-PR. DATA DE NASCIMENTO 04/10/1971

DOC. ORDEM C. Nasc. 8079 fls. 208 vs liv. 11

Cart. de Machados-PR

Assinatura: *[Assinatura]*

Assinatura: *[Assinatura]*

LEI Nº 7.116 DE 20-03-90

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUIEL

[Fotografia]

Maria do Carmo da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

MARIA DO CARMO DA SILVA

Nº de inscrição 029273234-10

Data do Nascimento 04/10/71

[Código de barras]

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade e exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: *[Assinatura]*

MARIA DO CARMO DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 02/10/95

Documentos de identificação



SECRETARIA DA FAZENDA DEPARTAMENTO 14 21-48-2617 10-47 098758 14



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECAUÇÃO DE RESGATE

DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DO ACIDENTE 21-08-2016 CPF DA VÍTIMA 240.481.434-30
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ANTONIO EMÍLIO
Nº 140 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55240-000
E-MAIL elbaesmeria@hotmail.com TELEFONE (81) 99206-5834
99696-4929

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

- INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- * PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- * OM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS ESTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204

ORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13-03-2017

IDENTIDADE 9957229

ASSINATURA Alcides

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13-03-2017 MATR. CORREIOS 8088247

NOME Maria José da Silva Araújo

Ag Correios - Aliv Com.

ASSINATURA Mat 8088247

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4600397 DATA DE EXPIRAÇÃO 29/05/1995

NOME Maria do Carmo da Silva.

FILIAÇÃO Antonio Félix da Silva.
Severina Maria da Conceição.

NATURALIDADE Limoeiro-PE. DATA DE NASCIMENTO 04/10/1971

DOC BR/SEN C. Nasc. 8079 fls. 208 vs liv. 11

Cart. de Machados-PE

ASSINATURA *Maria do Carmo da Silva*

ASSINATURA DO REGISTRO Giliane Caldas Lira

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL



Maria do Carmo da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NOME MARIA DO CARMO DA SILVA

Nº de Inscrição 029273234-10 Data de Nascimento 04/10/71



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura *Maria do Carmo da Silva*

MARIA DO CARMO DA SILVA

S E P R

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 02/10/88

SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS 3 2 21-400-2817 18:47 09/07/88 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117905/17

Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 140.481.434-50

Data do Acidente: 21/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de nascimento

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO : 140.481.434-50.

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

Data: 24/03/2017

Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 140.481.434-50

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/03/2017

Nome: JORGE MARCIO NOVAES SOARES

CPF: 014.880.947-21

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

JORGE MARCIO NOVAES SOARES

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: WWW.VIVERSEGURONOTRANSITO.COM.BR

REMETENTE / Sender		TELEPHONE / Phone Number	
MAVABA KELLY SILVA NASCIMENTO		(81) 9696 4939	
ENDERECO / Address			
RUA ANTONIO EMÍDIO, Nº 140, CENTRO			
CEP / Zip		CIDADE / City	UF / State PAÍS / Country
55740000		MACHADOS	PE

RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

PROBAG
Natal, RN - 5004-2500



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECAUÇÃO DE RESGATE

DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DO ACIDENTE 21-08-2016 CPF DA VÍTIMA 240.481.434-30
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ANTONIO EMÍLIO
Nº 140 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55240-000
E-MAIL elbaesmeria@hotmail.com TELEFONE (81) 99206-5834
99696-4929

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

- INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS ESTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 3015 SAC DPVAT 0800 022 1204

ORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13-03-2017

IDENTIDADE 9957229

ASSINATURA Alcides

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13-03-2017 MATR. CORREIOS 8088247

NOME Maria José da Silva Araújo

Ag Correios - Aliv Com.

ASSINATURA Mat 8088247

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4600397 DATA DE EXPIRAÇÃO 29/05/1995

NOME Maria do Carmo da Silva.

FILIAÇÃO Antonio Félix da Silva.
Severina Maria da Conceição.

NATURALIDADE Limoeiro-PE. DATA DE NASCIMENTO 04/10/1971

DOC BR/SEN C. Nasc. 8079 fls. 208 vs liv. 11

Cart. de Machados-PE

ASSINATURA *Maria do Carmo da Silva*

ASSINATURA *Regiane Caldas*

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL



Maria do Carmo da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NOME MARIA DO CARMO DA SILVA

Nº de Inscrição 029273234-10

Data de Nascimento 04/10/71



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura *Maria do Carmo da Silva*

MARIA DO CARMO DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 02/10/95

SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS 3 21-400-2817 18-47 098758 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117905/17

Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 140.481.434-50

Data do Acidente: 21/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de nascimento

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO : 140.481.434-50

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

Data: 24/03/2017

Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 140.481.434-50

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/03/2017

Nome: JORGE MARCIO NOVAES SOARES

CPF: 014.880.947-21

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

JORGE MARCIO NOVAES SOARES

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: WWW.VIVERSEGURONOTRANSITO.COM.BR

REMETENTE / Sender

TELEPHONE / Phone Number

(81) 9696 4939

MAVABA KELLY SILVA NASCIMENTO

9706-5934

ENDEREÇO / Address

RUA ANTONIO EMÍDIO, Nº 140, CENTRO

CEP / Zip

55740000

CIDADE / City

MACHADOS

UF / State

PE

PAÍS / Country



PROBAG
PREFEITURA DE MACHADOS
Nº 1 (81) 3204-2500

RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

3170/172553

07

(K)

PENDÊNCIA:



VÍTIMA: MAYARA KELLY SILVA
NASCIMENTO

COBERTURA: INVALIDEZ

CPF: 14048143450

DATA DE NASCIMENTO: 04/03/2001

DATA DO ACIDENTE: 21/08/2016

PENDÊNCIA: ALTA MÉDICA

(para realização de uma nova perícia)

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2017

Carta nº: 10744181

A/C: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170172553 ASL-0117905/17
Vitima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 21/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DO ACIDENTE 21-08-2016 CPF DA VÍTIMA 340.491.434-50
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (VÍTIMA) () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ANTONIO EMÍLIO
Nº 140 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
CIDADE PARACAGUAS UF PE CEP 55240-000
E-MAIL chacareira@netmail.com TELEFONE (81) 99306-5934
99686-4929

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) LAUDO IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 11.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.OPVATSEGURODOTRANSPORTE.COM.BR OU LIGUE 0800 0800 021 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13-03-2017

IDENTIDADE 2952299

ASSINATURA Marcelo Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13.03.2017 MATR. CORREIOS 88083457

NOME Maria José da Silva Araújo

ASSINATURA Ag. Correios - Aiv/Com.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117905/17

Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 140.481.434-50

Data do Acidente: 21/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de nascimento

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO : 140.481.434-50

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

Data: 24/03/2017

Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 140.481.434-50

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/03/2017

Nome: JORGE MARCIO NOVAES SOARES

CPF: 014.880.947-21

JORGE MARCIO NOVAES SOARES

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
MAYABA KELLY SILVA NASCIMENTO		(81) 9696 4979	
ENDERECO / Address		9706-5834	
RUA ANTONIO EMÍDIO, Nº 140, CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
55740000	MACHADOS	PE	

--

RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



DPVAT
Seguro Obrigatório
de Danos Pessoais
causados por Acidentes
de Trânsito
SAC 0800 022 12 04

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370342/17

Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 140.481.434-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/08/2016

Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de nascimento

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

MARIA DO CARMO DA SILVA : 029.273.234-10

Comprovante de residência

Documentos de identificação

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO : 140.481.434-50

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

Data da entrega: 15/09/2017

Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA

CPF/CNPJ: 029.273.234-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2017

Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo

CPF: 131.414.327-16

MARIA DO CARMO DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

3170/172553

07

(K)

PENDÊNCIA:



VÍTIMA: MAYARA KELLY SILVA
NASCIMENTO

COBERTURA: INVALIDEZ

CPF: 14048143450

DATA DE NASCIMENTO: 04/03/2001

DATA DO ACIDENTE: 21/08/2016

PENDÊNCIA: ALTA MÉDICA

(para realização de uma nova perícia)

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2017

Carta nº: 10744181

A/C: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170172553 ASL-0117905/17
Vitima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 21/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DO ACIDENTE 21-08-2016 CPF DA VÍTIMA 340.491.434-50
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (VÍTIMA) () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ANTONIO EMÍLIO
Nº 140 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
CIDADE PARACAGUAS UF PE CEP 55240-000
E-MAIL chacareira@netmail.com TELEFONE (81) 99306-5934
99686-4929

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) LAUDO IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
CBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
CBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 11.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT.
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.OPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 0800 021 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13-03-2017

IDENTIDADE 2952299

ASSINATURA 10/03/2017

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13.03.2017 MATR. CORREIOS 88033457

NOME Maria José da Silva Araújo

ASSINATURA Ag. Correios - Aiv/Com.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117905/17

Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 140.481.434-50

Data do Acidente: 21/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de nascimento

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO : 140.481.434-50

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

Data: 24/03/2017

Nome: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 140.481.434-50

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/03/2017

Nome: JORGE MARCIO NOVAES SOARES

CPF: 014.880.947-21

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

JORGE MARCIO NOVAES SOARES

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
MAYABA KELLY SILVA NASCIMENTO		(81) 9696 4979	
ENDERECO / Address		9706-5834	
RUA ANTONIO EMÍDIO, Nº 140, CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
55740000	MACHADOS	PE	

--

RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



DPVAT
Seguro Obrigatório
de Danos Pessoais
causados por Acidentes
de Trânsito

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370342/17

Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 140.481.434-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/08/2016

Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de nascimento

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

MARIA DO CARMO DA SILVA : 029.273.234-10

Comprovante de residência

Documentos de identificação

MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO : 140.481.434-50

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

Data da entrega: 15/09/2017

Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA

CPF/CNPJ: 029.273.234-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2017

Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo

CPF: 131.414.327-16

MARIA DO CARMO DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370342/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF: 140.481.434-50
Data do Acidente: 21/08/2016
CPF de: Próprio
Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro Certidão de nascimento Documentação médico-hospitalar Outros	Outros 
MARIA DO CARMO DA SILVA : 029.273.234-10 Autorização de pagamento	

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: 24/10/2017
Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA
CPF: 029.273.234-10

Data do cadastramento: 07/11/2017
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

MARIA DO CARMO DA SILVA

Karine Gomes de Lima

ENTREGA DE PENDÊNCIAS:

VÍTIMA: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO.

SINISTRO: 3170-512873.

CPF: 140.481.434-50.

DATA DE NASCIMENTO: 04/03/2001.

DATA DO ACIDENTE: 21/08/2016.

DOCUMENTOS EM ANEXOS: AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO ASSISTIDA PELA REPRESENTANTE LEGAL (SUA MÃE), EXTRATO DE CONTA BANCÁRIA, CERTIDÃO DE NASCIMENTO, SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA.

Filtros		Resumo					
Lista de sinistros		ASI	Nº Sinistro	Data ult. doc.	Sequência	Vítima	Natureza
☐ Caixa de entrada		ASL-0370342/17	3170512873	15/09/2017	2	MAYARA KELLY SILVA	Invalidez
☐ Caixa de retorno							

Buscar processo		Detalhe de Sinistro				
Legenda		Sinistro	Qualificação	Pessoas	Pagamento	Histórico
☐ Recepção		26/09/2017 16:56	Edição de pessoa			O usuário Rafaela Tonkato Rosa (USEBENS SEGUROS S/A) editou os dados da pessoa MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO.
		26/09/2017 16:50	Preencher campos chave			Rafaela Tonkato Rosa preencheu campos chave do sinistro.
		26/09/2017 08:56	Distribuir			Rafaela Tonkato Rosa (USEBENS SEGUROS S/A) encaminhou a regulação do sinistro para Rafaela Tonkato Rosa
		26/09/2017 02:07	Carga realizada			O usuário Serviço Tasker (Recall do Brasil Ltda) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.
		26/09/2017 01:56	Documentação digitalizada			O usuário recall (Recall do Brasil Ltda) informou que concluiu a digitalização dos documentos do sinistro.
		22/09/2017 15:03	Emissão de protocolo			O usuário recall (Recall do Brasil Ltda) informou que remeteu os documentos da remessa.
		21/09/2017 16:08	Aviso Seguradora Líder			Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por: Usuário: Karen Rosa de Oliveira Azevedo Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO Dependência: SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS (0800) Número de aviso: ASL-0370342/17 Dados da vítima Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO CPF: 140481434-50 CPF de: Próprio Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO Data de nascimento: 04/03/2001 Data do sinistro: 21/08/2016 Retorno da pré-existência Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO - Nascimento: 04/03/2001 - CPF: 140.481.434-50 Data do Sinistro: 21/08/2016 - Nº Sinistro 3170172553 - Sequência: 001 Seguradora: 3271 - Dependência: 0800 Natureza: Invalidez Percut - Regulação: Cancelado Alerta: Existe o sinistro referenciado, anteriormente regulado. Deseja prosseguir com o cadastramento?

Mostrar problema		Editar Documentos		Cancelar	
------------------	--	-------------------	--	----------	--

021111 - Doc. da caixa dos analistas em anexo 3

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370342/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
CPF: 140.481.434-50
Data do Acidente: 21/08/2016
CPF de: Próprio
Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro Certidão de nascimento Documentação médico-hospitalar Outros	Outros 
MARIA DO CARMO DA SILVA : 029.273.234-10 Autorização de pagamento	

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: 24/10/2017
Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA
CPF: 029.273.234-10

Data do cadastramento: 07/11/2017
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

MARIA DO CARMO DA SILVA

Karine Gomes de Lima

ENTREGA DE PENDÊNCIAS:

VÍTIMA: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO.

SINISTRO: 3170-512873.

CPF: 140.481.434-50.

DATA DE NASCIMENTO: 04/03/2001.

DATA DO ACIDENTE: 21/08/2016.

DOCUMENTOS EM ANEXOS: AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO ASSISTIDA PELA REPRESENTANTE LEGAL (SUA MÃE), EXTRATO DE CONTA BANCÁRIA, CERTIDÃO DE NASCIMENTO, SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA.

Filtros		Resumo					
Lista de sinistros		ASI	Nº Sinistro	Data ult. doc.	Sequência	Vítima	Natureza
☐ Caixa de entrada		ASL-0370342/17	3170512873	15/09/2017	2	MAYARA KELLY SILVA	Invalidez
☐ Caixa de retorno							

Buscar processo		Detalhe de Sinistro				
Legenda		Sinistro	Qualificação	Pessoas	Pagamento	Histórico
☐ Recepção		26/09/2017 16:56	Edição de pessoa			O usuário Rafaela Tonkato Rosa (USEBENS SEGUROS S/A) editou os dados da pessoa MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO.
		26/09/2017 16:50	Preencher campos chave			Rafaela Tonkato Rosa preencheu campos chave do sinistro.
		26/09/2017 08:56	Distribuir			Rafaela Tonkato Rosa (USEBENS SEGUROS S/A) encaminhou a regulação do sinistro para Rafaela Tonkato Rosa
		26/09/2017 02:07	Carga realizada			O usuário Serviço Tasker (Recall do Brasil Ltda) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.
		26/09/2017 01:56	Documentação digitalizada			O usuário recall (Recall do Brasil Ltda) informou que concluiu a digitalização dos documentos do sinistro.
		22/09/2017 15:03	Emissão de protocolo			O usuário recall (Recall do Brasil Ltda) informou que remeteu os documentos da remessa.
						Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por: Usuário: Karen Rosa de Oliveira Azevedo Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO Dependência: SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS (0800)
						Número de aviso: ASL-0370342/17
						Dados da vítima Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO CPF: 14048143450 CPF de: Próprio
		21/09/2017 16:08	Aviso Seguradora Líder			Titular do CPF: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO Data de nascimento: 04/03/2001 Data do sinistro: 21/08/2016
						Retorno da pré-existência Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO - Nascimento: 04/03/2001 - CPF: 140.481.434-50 Data do Sinistro: 21/08/2016 - Nº Sinistro 3170172553 - Sequência: 001 Seguradora: 3271 - Dependência: 0800 Natureza: Invalidez Percut - Regulação: Cancelado Alerta: Existe o sinistro referenciado, anteriormente regulado. Deseja prosseguir com o cadastramento?

Mostrar problema		Editar Documentos		Cancelar	
------------------	--	-------------------	--	----------	--

021111 - Doc. da caixa dos analistas em anexo 3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170512873 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/08/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: FRATURA DO 3ºDEDO; SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS K

Sequelas permanentes: RIGIDEZ

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: 3ºDEDO 75% (PERDA FUNCIONAL INTENSA)

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDENIZADO COM BASE EM DOCUMENTAÇÃO CONSISTENTE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

DB Saraiva

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170512873 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/08/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de rádio distal esquerdo, fratura de 3º metacarpo esquerdo, luxação do 3º quirodáctilo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Consolidação viciosa, déficit de força de grau grave da mão esquerda, com prejuízo no movimento de preensão, presença de cicatriz local.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente já de alta, fez fisioterapia.
Evoluiu com consolidação viciosa.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de grau grave da mão esquerda.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo de Faria Neves

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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 uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170512873 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/08/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de rádio distal esquerdo, fratura de 3º metacarpo esquerdo, luxação do 3º quirodáctilo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Consolidação viciosa, déficit de força de grau grave da mão esquerda, com prejuízo no movimento de preensão, presença de cicatriz local.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente já de alta, fez fisioterapia.
Evoluiu com consolidação viciosa.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de grau grave da mão esquerda.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo de Faria Neves

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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 uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11706852

A/C: MARIA DO CARMO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170512873 ASL-0370342/17

Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Data Acidente: 21/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11707029

A/C: MARIA DO CARMO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170512873 ASL-0370342/17

Vitima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Data Acidente: 21/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **15/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta nº: 11964844

A/C: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Sinistro: 3170512873 ASL-0370342/17
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 21/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Carta nº: 12032068

A/C: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170512873
Vítima: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data do Acidente: 21/08/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **001**

Agência: **000002039-7**

Conta: **000010016374-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T1%*



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E

CPF 140481434-50 /CNPJ _____, PROFISSÃO ESTUDANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAYARA KELLY S. NASCIMENTO AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colado, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 01 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2039-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16374-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Oratório-PE 13 de março de 2017 Mayara Kelly Silva Nascimento
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

31/01/2017 - BANCO DO BRASIL - 11:47:57
203914321 8469

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: MAYARA K-SILVA NASCIMENTO
AGENCIA: 2039-7 CONTA: 16.374-01 VAR:51

SEMPRE LIGER O PANT 34 21-08-2017 10:46 898748 1/1

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T1%*



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E

CPF 140481434-50 /CNPJ _____, PROFISSÃO ESTUDANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAYARA KELLY S. NASCIMENTO AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colado, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 01 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2039-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16374-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Oratório-PE 13 de março de 2017 Mayara Kelly Silva Nascimento
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

31/01/2017 - BANCO DO BRASIL - 11:47:57
203914321 8469
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: MAYARA K-SILVA NASCIMENTO
AGENCIA: 2039-7 CONTA: 16.374-01 VAR:51

SEMPRE LIGAR PARA 11 21-08-2017 10:46 898748 1/1

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 "T1%"



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados da beneficiária da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO
PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
CPF 140481434-50 / CNPJ _____ / PROFISSÃO ESTUDANTE
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAYARA KELLY S. NASCIMENTO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colado, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 01 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2039-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16394-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Quebô-PI, 13 de março de 2017 Mayara Kelly Silva Nascimento
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$23.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

31/01/2017 - BANCO DO BRASIL - 11:47:57
203914321 8489
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: MAYARA K-SILVA NASCIMENTO
AGENCIA: 2039-7 CONTA: 16.374-03 VAR:51

SEMPRE LIGUE 0800 34 21-APR-2017 10:46:09874810



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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: 3170512873 CPF da Vítima: 14048143450 Nome completo da vítima: MAYARA KELLY DA SILVA NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO		140481434-50		ESTUDANTE	
Endereço		Número		Complemento	
RUA ANTONIO EMÍLIO		140		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
CENTRO	MACHADOS	PE	55740-000		
Email		Telefone (DDD)			
elxamemaria@hotmail.com		1811996864889			

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

☐ 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

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ: 2039 D/V: 7 CONTA NRQ: 16374 D/V: 0
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ NRQ: _____
 AGÊNCIA NRQ: _____ D/V: _____ CONTA NRQ: _____ D/V: _____
 (Informar dígito se existir) (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.

Orubá, PE, 18 de outubro de 2017

Local e Data

Mayara Kelly Silva Nascimento Maria do Carmo da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

31/01/2017
203914321

- BANCO DO BRASIL

11:47:57
0409

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: MAYARA K SILVA NASCIMENTO

AGENCIA: 2039-7 CONTA: 16.374-0 VAR: 51

SECAOPRA LITER OPER 7 4 JAN 2017 11:59 - 000002894



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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: 3170512873 CPF da Vítima: 14048143450 Nome completo da vítima: MAYARA KELLY DA SILVA NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO		140481434-50		ESTUDANTE	
Endereço		Número		Complemento	
RUA ANTONIO EMÍLIO		140		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
CENTRO	MACHADOS	PE	55740-000	1811996864819	
Email				Telefone (DDD)	
elxamemaria@hotmail.com				1811996864819	

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

☐ 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

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ: 2039 D/V: 7 CONTA NRQ: 16374 D/V: 0
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ NRQ: _____
 AGÊNCIA NRQ: _____ D/V: _____ CONTA NRQ: _____ D/V: _____
 (Informar dígito se existir) (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.

Orubá, PE, 18 de outubro de 2017

Local e Data

Mayara Kelly Silva Nascimento Maria do Carmo da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

31/01/2017
203914321

- BANCO DO BRASIL

11:47:57
0409

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: MAYARA K SILVA NASCIMENTO

AGENCIA: 2039-7 CONTA: 16.374-0 VAR: 51

SECAOPRA LITER OPER 7 4 JAN 2017 11:59 - 000002894

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

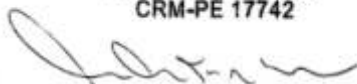
Nome do(a) Examinado(a): Mayara Kelly Silva Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Emidio, 140
Centro Machados PE CEP: 55740-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [CERTIDAO NASCIMENTO / PE] 13240
Data local do exame: [21/11/2017] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, FRATURA DE 3 METACARPO ESQUERDO, LUXAÇÃO DO 3 QDE. CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DEFICIT DE FORÇA DE GRAU GRAVE DA MÃO ESQUERDA, COM PREJUÍZO NO MOVIMENTO DE PREENSAO, PRESENÇA DE CICATRIZ LOCAL.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATADO CIRURGICAMENTE JÁ DE ALTA, FEZ FISIOTERAPIA
Data da alta: HÁ CERCA DE 4 MESES.
FIO K, FISIOTERAPIA
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU GRAVE DA MÃO ESQUERDA
Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() “Vítima em tratamento” () “Sem sequela permanente”
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() “Exame não permite conclusão”
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| MÃO - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = “100% da IS”
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

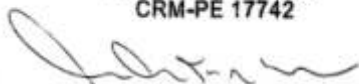
Nome do(a) Examinado(a): Mayara Kelly Silva Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Emidio, 140
Centro Machados PE CEP: 55740-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [CERTIDAO NASCIMENTO / PE] 13240
Data local do exame: [21/11/2017] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, FRATURA DE 3 METACARPO ESQUERDO, LUXAÇÃO DO 3 QDE. CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DEFICIT DE FORÇA DE GRAU GRAVE DA MÃO ESQUERDA, COM PREJUÍZO NO MOVIMENTO DE PREENSAO, PRESENÇA DE CICATRIZ LOCAL.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATADO CIRURGICAMENTE JÁ DE ALTA, FEZ FISIOTERAPIA
Data da alta: HÁ CERCA DE 4 MESES.
FIO K, FISIOTERAPIA
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU GRAVE DA MÃO ESQUERDA
Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() “Vítima em tratamento” () “Sem sequela permanente”
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() “Exame não permite conclusão”
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| MÃO - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = “100% da IS”
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742





ASL 011-7905/17

Nº 16E0201000437



1ª Via

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/08/2018	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 01/03
Descrição a Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS			Aviso de Ocorrências do CIODS Nº	
Data (dd/mm/aa) 21/08/2018	Hora (hh:mm) 00:00	☒ Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	☒ Consumado ☐ Tentado	☒ Culposos ☐ Doloso
Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 89				Número
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA		Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000
Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS		
☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim ☐ Não				
Nome / Razão Social ADRIANO DA SILVA BARBOSA				
Pai JOSE LEALPEREIRA BARBOSA				
Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA BARBOSA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado [7] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento 23/10/1988	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade 1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado [7] 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto
X RG ☐ CNH 10.300.791	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF ☐ CNPJ ☐ Outro-Qual? 120.066.164-35	Órgão Expedidor SRF
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO FIGUEIRAS		Número 2560	Complemento CASA	
Bairro ZONA RURAL	CEP 55745-000	Município OROBÓ	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão NÃO INFORMADA	Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)	Dentes (Descrever)	
☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim ☐ Não				
Nome / Razão Social MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO				
Pai ANTONIO SEVERINO DO NASCIMENTO				
Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo M XF	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado [1] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento 04/03/2001	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade 1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado [7] 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto
X RG ☐ CNH NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor -	UF -	X CPF ☐ CNPJ ☐ Outro-Qual? NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor -
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA ANOTONIO EMIDIO		Número 140	Complemento CASA	
Bairro CENTRO	CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO ESTUDANTE	Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)	Dentes (Descrever)	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCOSERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE, R. Prof.
Mariana de Aguiar, 20 - 181-2556-1185. DFI
AUTÊNTICA, conforme o (original) apresentado noSERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE, R. Prof.
Mariana de Aguiar, 20 - 181-2556-1185. DFI
AUTÊNTICA, conforme o (original) apresentado no

21-08-2018 10:46

0907511/1

R\$ 2,98 - 1988; R\$ 0,66 - FISC: R\$ 0,34
 Total: R\$ 3,98 - oficinadunio.cribr@gmail.com.
 Saldo (s) 0077602 - 8000123170 - 01093

CONFIDENTIAL



1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O Nº 16E0201000437

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/08/2016	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 02/03
Descrição a Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS			Aviso de Ocorrências do CIODS Nº	
Data (dd/mm/aa) 21/08/2016	Hora (hh:mm) 00:00	X Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	X Consumado ☐ Tentado	X Culposos ☐ Doloso
Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 69				Número
Complemento (Apto, Sala, Ander) VIA PÚBLICA		Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000
Município MACHADOS		UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS	
VÍTIMA		IMPUTADO	☐ SUSPEITO	XTTESTEMUNHA
			☐ OUTROS	TURISTA
				Sim X Não
Nome / Razão Social EDSON DELMIRO DA SILVA				
Pai MANOEL DELMIRO DA SILVA				
Mãe MARIA LUZIA DE SANTANA E SILVA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento 11/06/1971	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)
X RG ☐ CNH NÃO PORTAVA		Órgão Expedidor UF PE	X CPF ☐ CNPJ ☐ Outro-Qual? NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor SRF
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) FAZENDA LARANJEIRAS		Número S/N		Naturalidade VITÓRIA STO. ANTÃO-PE
Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE
Altura Aparente []		Peso []	Cor da Pele []	Bigode ☐ Sim ☐ Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)
VÍTIMA		☐ IMPUTADO	☐ SUSPEITO	TESTEMUNHA
				OUTROS
				TURISTA
				Sim X Não
Nome / Razão Social KLEMERSON BATISTA BARROS				
Pai ANTONIO BATISTA BARROS				
Mãe MARIA BARBOSA BARROS				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento 17/09/1983	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)
X RG ☐ CNH NÃO PORTAVA		Órgão Expedidor UF PE	X CPF ☐ CNPJ ☐ Outro-Qual? NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor SRF
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO CHÁ DO VENTO		Número S/N		Naturalidade MACHADOS- PE
Bairro CENTRO		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE
Altura Aparente []		Peso []	Cor da Pele []	Bigode ☐ Sim ☐ Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCOSERVIDOR REGISTRADO E NOTARIAL DE PERNAMBUCO. K. Prof.
Flaviano de Aquino, 20 (89) 356.1186. OPLA
AUTENTICA, conforme o original, para ciência.

-MR-2017-10-46-036752-141

21-588-201719:46 098753 17



ASL 011-7905/17

Nº 16E0201000437



1ª Via

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/08/2018	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 01/03
Descrição a Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS			Aviso de Ocorrências do CIODS Nº	
Data (dd/mm/aa) 21/08/2018	Hora (hh:mm) 00:00	☒ Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	☒ Consumado ☐ Tentado	☒ Culposos ☐ Doloso
Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 89				Número
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA		Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000
Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS		
☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim ☐ Não				
Nome / Razão Social ADRIANO DA SILVA BARBOSA				
Pai JOSÉ LEALPEREIRA BARBOSA				
Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA BARBOSA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado [7] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento 23/10/1988	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade 1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado [7] 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto
X RG ☐ CNH 10.300.791	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF ☐ CNPJ ☐ Outro-Qual? 120.066.164-35	Órgão Expedidor SRF
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO FIGUEIRAS		Número 2560	Complemento CASA	
Bairro ZONA RURAL	CEP 55745-000	Município OROBÓ	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão NÃO INFORMADA	Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)	Dentes (Descrever)	
☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim ☐ Não				
Nome / Razão Social MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO				
Pai ANTONIO SEVERINO DO NASCIMENTO				
Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo M XF	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado [1] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento 04/03/2001	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade 1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado [7] 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto
X RG ☐ CNH NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor -	UF -	X CPF ☐ CNPJ ☐ Outro-Qual? NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor -
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA ANOTONIO EMIDIO		Número 140	Complemento CASA	
Bairro CENTRO	CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO ESTUDANTE	Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)	Dentes (Descrever)	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE, R. Prof.
Mariana de Aguiar, 20 - 1305-1186 - OROBÓ-PE
AUTENTICA, conforme o (original) apresentado.

SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE, R. Prof. Mariana de Aguiar, 20 - 1305-1186 - OROBÓ-PE

21-08-2018 10:46

0907511/1

Sousa Neto

RECEBIMOS 07/02/2017
Adalberto de Freitas Silva
R\$ 2,98 - 1988: R\$ 1,66 - FRC: R\$ 0,34
Total: R\$ 3,98 - oficinadigital@brasil.com
Selo(s) 0077602.00001231702.01093

RECEBIMOS 07/02/2017



1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O Nº 16E0201000437

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/08/2016	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 02/03
Descrição a Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS			Aviso de Ocorrências do CIODS Nº	
Data (dd/mm/aa) 21/08/2016	Hora (hh:mm) 00:00	X Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	X Consumado ☐ Tentado	X Culposos ☐ Doloso
Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 69				Número
Complemento (Apto, Sala, Ander) VIA PÚBLICA		Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000
Município MACHADOS		UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS	
VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ XTESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☐ Sim ☒ Não				
Nome / Razão Social EDSON DELMIRO DA SILVA				
Pai MANOEL DELMIRO DA SILVA				
Mãe MARIA LUZIA DE SANTANA E SILVA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado [7] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento 11/06/1971	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)
X RG ☐ CNH ☐ NÃO PORTAVA		Órgão Expedidor —	UF PE	X CPF ☐ CNPJ ☐ Outro-Qual? NÃO PORTAVA
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) FAZENDA LARANJEIRAS		Órgão Expedidor SRF		Naturalidade VITORIA STO. ANTÃO-PE
Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE
Altura Aparente []		Peso []	Cor da Pele []	Bigode ☐ Sim ☐ Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)
VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☐ Sim ☒ Não				
Nome / Razão Social KLEMERSON BATISTA BARROS				
Pai ANTONIO BATISTA BARROS				
Mãe MARIA BARBOSA BARROS				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado [5] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento 17/09/1983	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)
X RG ☐ CNH ☐ NÃO PORTAVA		Órgão Expedidor —	UF —	X CPF ☐ CNPJ ☐ Outro-Qual? NÃO PORTAVA
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO CHÁ DO VENTO		Órgão Expedidor —		Naturalidade MACHADOS- PE
Bairro CENTRO		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE
Altura Aparente []		Peso []	Cor da Pele []	Bigode ☐ Sim ☐ Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)

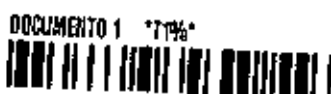
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCOSERVIDOR REGISTRADO E AUTORIZADO PARA ASSINAR
K. Prof.
Flaviano de Aquino, 20/08/2016, 11h36. OPI
AUTENTICA, conforme o original, para ciência.

-MR-2017-10-46-036752-141

21-998-201719:46 098753 1/1



1ª Via

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 16E0201000437

Série-A
1ª Parte

Transcrição de Registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/08/2016	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 01/03				
	Descrição e Natureza M - 02 / ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÕES CORPORAIS				Aviso de Ocorrências do CIODS Nº				
	Data (dd/mm/aa) 21/08/2016	Hora (hh:mm) 00:00	☒ Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	☒ Consumado ☐ Tentado	☒ Culposo ☐ Deloso	☐ Flagrante ☐ Atos Infracional			
	Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO						
Dados do Evolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 89				Número				
	Complemento (Apto, Seta, Andar) VIA PÚBLICA		Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000				
	Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS						
	☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim NÃO								
Dados do Evolvido	Nome / Razão Social ADRIANO DA SILVA BARBOSA								
	Pai JOSE LEALPEREIRA BARBOSA								
	Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA BARBOSA								
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amassado(a) 7. Não Informado [7] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)					
	Data de Nascimento 23/10/1993	Idade aparente []	1. Raciocínio / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade 1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Não Informado [7]			
	☒ RG 10.300.791	☐ CNH	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF 120.066.164-36	☐ CNPJ ☐ Outro-Qual?	Órgão Expedidor SRF	Naturalidade OROBÓ-PE	
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO FIGUEIRAS				Número 2580	Complemento CASA			
	Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município OROBÓ		UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)		
	Altura Aparente []	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []	1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela	Bigode ☐ Sim ☐ Não
	Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão NÃO INFORMADA			Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)			
	Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)				
	☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim NÃO								
Nome / Razão Social MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO									
Pai ANTONIO SEVERINO DO NASCIMENTO									
Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA									
Apelido / Nome Fantasia		Sexo M XF	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amassado(a) 7. Não Informado [1] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)						
Data de Nascimento 04/03/2001	Idade aparente []	1. Raciocínio / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade 1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Não Informado [7]				
☒ RG NÃO PORTAVA	☐ CNH	Órgão Expedidor —	UF —	X CPF NÃO PORTAVA	☐ CNPJ ☐ Outro-Qual?	Órgão Expedidor —	Naturalidade TIMBAÚBA-PE		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA ANTONIO EMÍDIO				Número 140	Complemento CASA				
Bairro CENTRO		CEP 55740-000	Município MACHADOS		UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)			
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []	1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela	Bigode ☐ Sim ☐ Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO ESTUDANTE			Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)				
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCOSERVIÇO REGISTRO E NOTARIAL DE OROBÓ-PE. R. Prof.
Parlag de Aquar, 20, tel. 336.1180. QPIS
AUTENTICA, ENTÃO O ORIGINAL APRESENTADO, NÃO

RECEIÇÃO DE PAGAMENTO
R\$ 2,98 - 1365 - R\$ 0,66 - FISC: R\$ 0,34
Total: R\$ 3,98 - gr/dundico.ortico@gmail.com
Saldo: R\$ 10077602.8000201702.01093

5/5/2017 14:00



1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O. Nº 16E02D1000437

Série-A
1ª Parte

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/ 08 / 2016	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 02/03	
	Descrição a Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS			Aviso de Ocorrências do CIODS Nº		
	Data (dd/mm/aa) 21/ 08 / 2016	Hora (hh:mm) 00:00	X Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	X Consumado ☐ Tentado	X Culposos ☐ Doloso	☐ Flagrante ☐ Ato infracional
	Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO			
Dados do Evolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 89					Número
	Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA		Bairro ZONA RURAL		CEP 65740-000	
	Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS			
	VÍTIMA IMPUTADO ☐ SUSPEITO XTESTEMUNHA ☐ OUTROS TURISTA Sim X Não					
	Nome / Razão Social EDSON DELMIRO DA SILVA					
	Pai MANOEL DELMIRO DA SILVA					
	Mãe MARIA LUZIA DE SANTANA E SILVA					
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não informado	2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)
	Data de Nascimento 11/05/1971	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-60 anos) 6. Idoso (acima de 60 anos)	
	X RG ☐ CNH		Órgão Expedidor	UF	X CPF ☐ CNPJ ☐ Outro-Qual?	Órgão Expedidor
NÃO PORTAVA		PE	PE	NÃO PORTAVA	SRF	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) FAZENDA LARANJEIRAS					Número S/N	
Bairro ZONA RURAL		CEP 65740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente []		1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m		Peso []	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		
Dados do Evolvido	VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO TESTEMUNHA OUTROS TURISTA Sim X Não					
	Nome / Razão Social KLEMERSON BATISTA BARROS					
	Pai ANTONIO BATISTA BARROS					
	Mãe MARIA BARBOSA BARROS					
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não informado	2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)
	Data de Nascimento 17/09/1983	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-60 anos) 6. Idoso (acima de 60 anos)	
	X RG ☐ CNH		Órgão Expedidor	UF	X CPF ☐ CNPJ ☐ Outro-Qual?	Órgão Expedidor
	NÃO PORTAVA		—	—	NÃO PORTAVA	—
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO CHÁ DO VENTO					Número S/N
	Bairro CENTRO		CEP 65740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente []		1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m		Peso []	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCOSERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE PERNAMBUCO
R. Prof. Luciano de Aguiar, 20 (817/836.1186)
AUTENTICA, conforme o original armazenado.



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O Nº 16E0201000437

1ª Via

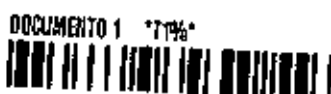
1ª Parte
2ª

Foto	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/ 08/ 2016	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 03/03			
Modus Operandi	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?					
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?					
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?					
	Crimes Sexuais?		Estelionato?					
Objeto Envolvido	Envolvido		Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
	Quantidade		Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
	Qual o motivo do registro do objeto?							
	Envolvido		Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
	Quantidade		Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
	Qual o motivo do registro do objeto?							
	Envolvido		Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
	Quantidade		Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
	Qual o motivo do registro do objeto?							
	Envolvido		Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
	Quantidade		Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
	Qual o motivo do registro do objeto?							
Dados do Veículo	Envolvido		Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavam	
	UF	Chassi	Placa		Veículo Apreendido? ☐ Sim ☐ Não			
	Qual o motivo do registro do veículo							
	Envolvido		Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavam	
	01		HONDA/CG 150 KS		PRETA	2005	865395020	
	UF	Chassi	Placa		Veículo Apreendido? Sim X Não			
	PE	9C2KCG8106R818548	KKB8278					
	Qual o motivo do registro do veículo							
	ENVOLVIDO NO ACIDENTE DE TRÂNSITO							
	Após tomar conhecimento de um acidente de trânsito na Rod. PE 89, a Viatura deslocou-se ao local constatou a veracidade do fato, onde as vítimas Adriano da Silva Barbosa e Mayara Kelly Silva Nascimento, vinham na moto de placa KKB8278 - PE, de propriedade do Sr. Osvaldo Jose da Silva, a qual estava sendo pilotada pela vítima Adriano onde o condutor perdeu o controle da mesma e caiu, as vítimas sofreram vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital desta cidade após receber os primeiros socorros, devido a gravidade dos ferimentos foram transferidas para outros Centros Hospitalar.							
	Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado	Tipo de Exame		Envolvido ☐ S ☐ R		Tipo de Exame		Envolvido ☐ S ☐ R
Condutor ☐ Recebedor		Matrícula		Viatura		Unidade		
Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a):		Preenchimento pela Validação				
Matrícula		Ass:		Matrícula Nº		Ass:		
Nome:		Nome:		Nome:		Nome:		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE GRUPO PE, R. Prof.
Mariano de Aguiar, 20 (81)365.1186, OPIE
AUTENTICA, conforme o original apresentado, DOUTOR
PE, 02/07/2017, 1386: R\$ 0,86 - FISC: R\$ 0,24
Adalberto de França Silva, advogado de Cartório
PE, 2, 98 - 1386: R\$ 0,86 - FISC: R\$ 0,24
Total: R\$ 3,88 - oficial@co.ordemajur.com
Selo(s) 0077602.3501201702.01077



1ª Via

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 16E0201000437

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/08/2016	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 01/03
Descrição e Natureza M - 02 / ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÕES CORPORAIS			Aviso de Ocorrências do CIODS Nº	
Data (dd/mm/aa) 21/08/2016	Hora (hh:mm) 00:00	☒ Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	☒ Consumado ☐ Tentado	☒ Culposo ☐ Deloso
Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 89				Número
Complemento (Apto, Seta, Andar) VIA PÚBLICA		Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000
Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS		
☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim NÃO				
Nome / Razão Social ADRIANO DA SILVA BARBOSA				
Pai JOSE LEALPEREIRA BARBOSA				
Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA BARBOSA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amassado(a) 7. Não Informado [7] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento 23/10/1993	Idade aparente []	1. Raciocínio / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)
Escolaridade [7]		1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Não Informado		
☒ RG 10.300.791	☐ CNH	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF 120.066.164-36
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO FIGUEIRAS		Número 2580		Naturalidade OROBÓ-PE
Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município OROBÓ	UF PE
Altura Aparente []		Peso []		Cor da Pele []
1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m 4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m		1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg 4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg		1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela Bigode ☐ Sim ☐ Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão NÃO INFORMADA		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)
☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim NÃO				
Nome / Razão Social MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO				
Pai ANTONIO SEVERINO DO NASCIMENTO				
Mãe MARIA DO CARMO DA SILVA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo M XF	Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amassado(a) 7. Não Informado [1] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento 04/03/2001	Idade aparente []	1. Raciocínio / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)
Escolaridade [7]		1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Não Informado		
☒ RG NÃO PORTAVA	☐ CNH	Órgão Expedidor —	UF —	X CPF NÃO PORTAVA
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA ANTONIO EMÍDIO		Número 140		Naturalidade TIMBAÚBA-PE
Bairro CENTRO		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE
Altura Aparente []		Peso []		Cor da Pele []
1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m 4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m		1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg 4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg		1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela Bigode ☐ Sim ☐ Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO ESTUDANTE		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCOSERVIÇO REGISTRO E NOTARIAL DE OROBÓ-PE. R. Prof.
Parlag de Aquar, 20, 55060-110. OROBÓ-PE.
AUTENTICA, ENTÃO O ORIGINAL APRESENTADO, NÃO

RECEIÇÃO DE PAGAMENTO
R\$ 2,98 - 1365 - R\$ 0,66 - FISC: R\$ 0,34
Total: R\$ 3,98 - gr/dundico.ortico@gmail.com
Saldo: R\$ 10077602.8000201702.01093

5/5/2017 14:00



1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O. Nº 16E02D1000437

Série-A
1ª Parte

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/08/2016	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 02/03	
	Descrição a Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS			Aviso de Ocorrências do CIODS Nº		
	Data (dd/mm/aa) 21/08/2016	Hora (hh:mm) 00:00	X Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	X Consumado ☐ Tentado	X Culposos ☐ Doloso	☐ Flagrante ☐ Ato infracional
	Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência SÍTIO CHÁ DO VENTO			
Dados do Evolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 89					Número
	Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA		Bairro ZONA RURAL		CEP 65740-000	
	Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A FAZENDA LARANJEIRAS			
	VÍTIMA IMPUTADO ☐ SUSPEITO XTESTEMUNHA ☐ OUTROS TURISTA Sim X Não					
	Nome / Razão Social EDSON DELMIRO DA SILVA					
	Pai MANOEL DELMIRO DA SILVA					
	Mãe MARIA LUZIA DE SANTANA E SILVA					
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não informado	2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)
	Data de Nascimento 11/05/1971	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-60 anos) 6. Idoso (acima de 60 anos)	
	X RG ☐ CNH		Órgão Expedidor	UF	X CPF ☐ CNPJ ☐ Outro-Qual?	Órgão Expedidor
NÃO PORTAVA		PE	PE	NÃO PORTAVA	SRF	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) FAZENDA LARANJEIRAS					Número S/N	
Bairro ZONA RURAL		CEP 65740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente []		1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m		Peso []	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		
Dados do Evolvido	VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO TESTEMUNHA OUTROS TURISTA Sim X Não					
	Nome / Razão Social KLEMERSON BATISTA BARROS					
	Pai ANTONIO BATISTA BARROS					
	Mãe MARIA BARBOSA BARROS					
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não informado	2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)
	Data de Nascimento 17/09/1983	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-60 anos) 6. Idoso (acima de 60 anos)	
	X RG ☐ CNH		Órgão Expedidor	UF	X CPF ☐ CNPJ ☐ Outro-Qual?	Órgão Expedidor
	NÃO PORTAVA		—	—	NÃO PORTAVA	—
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO CHÁ DO VENTO					Número S/N
	Bairro CENTRO		CEP 65740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente []		1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m		Peso []	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCOSERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE EDOQU/PE, R. Prof.
Mariano de Aguiar, 20 (81/8356.1186, CEP: 50000-000)
AUTENTICA, conforme o original armazenado.



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O Nº 16E0201000437

1ª Via

1ª Parte
2ª

Foto	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 21/ 08/ 2016	Hora do Registro 00:30	Nº da Folha / Total de Folhas 03/03			
Modus Operandi	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?					
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?					
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?					
	Crimes Sexuais?		Estelionato?					
Objeto Envolvido	Envolvido		Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
	Quantidade		Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
	Qual o motivo do registro do objeto?							
	Envolvido		Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
	Quantidade		Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
	Qual o motivo do registro do objeto?							
	Envolvido		Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
	Quantidade		Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
	Qual o motivo do registro do objeto?							
	Envolvido		Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
	Quantidade		Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
	Qual o motivo do registro do objeto?							
Dados do Veículo	Envolvido		Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavam	
	UF	Chassi	Placa		Veículo Apreendido? ☐ Sim ☐ Não			
	Qual o motivo do registro do veículo							
	Envolvido		Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavam	
	01		HONDA/CG 150 KS		PRETA	2005	865395020	
	UF	Chassi	Placa		Veículo Apreendido? Sim X Não			
	PE		9C2KCG8106R818548		KKB8278			
	Qual o motivo do registro do veículo							
	ENVOLVIDO NO ACIDENTE DE TRÂNSITO							
	Após tomar conhecimento de um acidente de trânsito na Rod. PE 89, a Viatura deslocou-se ao local constatou a veracidade do fato, onde as vítimas Adriano da Silva Barbosa e Mayara Kelly Silva Nascimento, vinham na moto de placa KKB8278 - PE, de propriedade do Sr. Osvaldo Jose da Silva, a qual estava sendo pilotada pela vítima Adriano onde o condutor perdeu o controle da mesma e caiu, as vítimas sofreram vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital desta cidade após receber os primeiros socorros, devido a gravidade dos ferimentos foram transferidas para outros Centros Hospitalar.							
	Responsáveis	Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado						
		Tipo de Exame		Envolvido ☐ S ☐ R		Tipo de Exame		Envolvido ☐ S ☐ R
Condutor ☐ Recebedor		Matrícula		Viatura		Unidade		
Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a):		Preenchimento pela Validação				
Matrícula		Ass:		Matrícula Nº		Ass:		
Nome:		Nome:		Nome:		Nome:		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE UROUPE, R. Prof.
Mariano de Aguiar, 20 (81)365.1186, OPIE
AUTENTICA, conforme o original apresentado, DOUTOR
PE, 02/07/2017, 13:56: 86 0186 - FISC: 86 0186
Adalberto de França Silva, advogado de Cartório
PE, 2, 86 - 1386: 86 0186 - FISC: 86 0186
Total: 86 3,86 - oficial@co.uroupe@gmail.com
Selo(s) 0077602.3501201702.01077



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAYANA KELLY SILVA NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 140481434-50, residente e domiciliado na RUA ANTONIO EMÍDIO, Nº 140, CENTRO, Cidade MACHADOS, Estado PERNAMBUCO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mayana Kelly Silva Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maria do Carmo da Silva

Olinda-PE, 13 de março de 2017

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAYANA KELLY SILVA NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 140481434-50, residente e domiciliado na RUA ANTONIO EMÍDIO, Nº 140, CENTRO, Cidade MACHADOS, Estado PERNAMBUCO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mayana Kelly Silva Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maria do Carmo da Silva

Olinda-PE, 13 de março de 2017

Local e data

Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 140481434-50, residente e domiciliado na RUA ANTONIO EMÍDIO, Nº 140, CENTRO, Cidade MACHADOS, Estado PERNAMBUCO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mayara Kelly Silva Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maria do Carmo da Silva

Ororó-PE, 13 de março de 2017

Local e data

Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 140481434-50, residente e domiciliado na RUA ANTONIO EMÍDIO, Nº 140, CENTRO, Cidade MACHADOS, Estado PERNAMBUCO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mayara Kelly Silva Nascimento

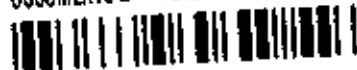
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maria do Carmo da Silva

Ororó-PE, 13 de março de 2017

Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT 3 21-03-2017 10:46 098749 1/1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: MACIEIRA-03

DISTRITO DE: MACHADOS

NASCIMENTO N° 13.240

Eu, MARTA DAS GRAÇAS DA SILVA, OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 4, vs. do livro "A" N° 11, do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO,

nascida aos quatro (04) de março (03)
de dois mil e um (2001)

às 23 : 15 horas, na Maternidade Darcy Vargas, na cidade
de Timbaúba-PE, do sexo feminino, de cor branca,

filha de ANTÔNIO SEVERINO DO NASCIMENTO, natural de Machados-PE,

e MARIA DO CARMO DA SILVA, natural de Limoeiro-PE, de lar, ela agricultora,
sendo avós paternos SEVERINO LAMOUR DO NASCIMENTO,

e MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO,

e avós maternos ANTÔNIO FÉLIX DA SILVA,

e SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO, ele falecido,

Foi declarante o próprio genitor,

e serviram de testemunhas Ivonete Alves de Andrade Nixon e Jailton Pedro Xavier,
ambos brasileiros, maiores e residentes nesta cidade,

Observações: Lavrado conforme a Legislação em vigor,

SECRETARIA DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO

BELO

D-1

CERTIFICADO

AAK 94619

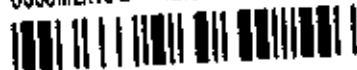


Registro de acordo com a lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

MACHADOS, 15 de junho (06) de 2001.

Marta das Graças da Silva
Oficial



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: MACIEIRA-03

DISTRITO DE: MACHADOS

NASCIMENTO N° 13.240

Eu, MARTA DAS GRAÇAS DA SILVA, OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 4, vs. do livro "A" N° 11, do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO,

nascida aos quatro (04) de março (03)
de dois mil e um (2001)

às 23 : 15 horas, na Maternidade Darcy Vargas, na cidade
de Timbaúba-PE, do sexo feminino, de cor branca,

filha de ANTÔNIO SEVERINO DO NASCIMENTO, natural de Machados-PE,

e MARIA DO CARMO DA SILVA, natural de Limoeiro-PE, de lar, ela agricultora,
sendo avós paternos SEVERINO LANGE DO NASCIMENTO,

e MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO,

e avós maternos ANTÔNIO FÉLIX DA SILVA,

e SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO, ele falecido,

Foi declarante o próprio genitor,

e serviram de testemunhas Ivonete Alves de Andrade Nixon e Jailton Pedro Xavier,
ambos brasileiros, maiores e residentes nesta cidade,

Observações: Lavrado conforme a Legislação em vigor,

SECRETARIA DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO

BELO

D-1

CERTIFICADO

AAK 94619



Registro de acordo com a lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

MACHADOS, 15 de junho (06) de 2001.

Marta das Graças da Silva
Oficial

DOCUMENTO 2 "129"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: MACHA-OS

DISTRITO DE: MACHADOS

NASCIMENTO N° 13.240

Eu, MARTA DAS GRAÇAS DA SILVA, OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 84, vs. do livro "A" N° - 11, do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO,

nascida aos quatro (04) de março (03)
de dois mil e um (2001)

às 23 : 15 horas, na Internidade Percy Vargas, na cidade
de Timbaúba-PE, do sexo feminino, de cor branca,

filha de ANTÔNIO SEVERINO DO NASCIMENTO, natural de Machados-PE,
e MARTA DO CARMO DA SILVA, natural de Limoeiro-PE, de lar, ela agricultora

sendo avós paternos SEVERINO LINO DO NASCIMENTO,
e MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO,

e avós maternos ANTÔNIO FELIX DA SILVA,
e SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO, ela falecida,

Foi declarante o próprio genitor,
e serviram de testemunhas Ivonete Alves de Andrade Miron e Jaílton Pedro Xavier

ambos brasileiros, maiores e residentes nesta cidade,
Observações: Lavrado conforme a legislação em vigor,



Registro de acordo com a lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

MACHADOS, 15 de junho (06) de 2001.

Marta das Graças da Silva
Oficial

DOCUMENTO 2 "129"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: MACHA-OS

DISTRITO DE: MACHADOS

NASCIMENTO N° 13.240

Eu, MARTA DAS GRAÇAS DA SILVA, OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 84, vs. do livro "A" N° - 11, do registro de
nascimento, foi feito hoje o assento de MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO,

nascida aos quatro (04) de março (03)
de dois mil e um (2001)

às 23 : 15 horas, na Internidade Percy Vargas, na cidade
de Timbaúba-PE, do sexo feminino, de cor branca,

filha de ANTÔNIO SEVERINO DO NASCIMENTO, natural de Machados-PE,
e MARTA DO CARMO DA SILVA, natural de Limoeiro-PE, de lar, ela agricultora

sendo avós paternos SEVERINO LINO DO NASCIMENTO,
e MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO,

e avós maternos ANTÔNIO FELIX DA SILVA,
e SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO, ela falecida,

Foi declarante o próprio genitor,
e serviram de testemunhas Ivonete Alves de Andrade Miron e Jaílton Pedro Xavier

ambos brasileiros, maiores e residentes nesta cidade,
Observações: Lavrado conforme a legislação em vigor,



Registro de acordo com a lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

MACHADOS, 15 de junho (06) de 2001.

Marta das Graças da Silva
Oficial



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERUMUNICIPIO DE: RACHA-OS

DISTRITO DE: MACHAZOS

NASCIMENTO N° 13.240

Eu, MARTA DAS GRAÇAS DA SILVA, OFICIAL do
REGISTRO CIVIL em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que as fls. 84, vs. do livro "A" N° - 11, do registro de nascimento, foi feito hoje o assento de MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO,

Recebeu aos quatro (04) de março (03)
de dois mil e um (2001)

23 : 15 : : : : : horas na Maternidade Paroiz Vargas, na cidade de Timbaúba-PE, : : : : : do sexo feminino, : : : : : de cor branca, : : : : :

filho de ANTÔNIO SEVERINO DO NASCIMENTO, natural de Machados-PE.

• MARIA DO CARMO DE SILVA, natural de Limoeiro-PE., de lar, ela agricult

sendo avós paternos SEVERINO MANONI DO NASCIMENTO, ::::::::::::::::::::::::::::::

e MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO.....

8 anos matamos ANTONIO FELIX DA SILVA

o SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO, ela falecida,

Foi declarante o próprio genitor,

e serviram de testemunhas Ivonete Alves de Andrade Riton e Jailton Paulo Silva

carros brasileiros, maiores e residentes nesta cidade.

Observações: naviada conforme a regulamentação em vigor.

PAK 19619

Maria das Graças da Silva
Orcamento - Prefeitura Publica
Cidade de Curitiba - Parana - Fonebellonate
da Graciosa - Curitiba - Confianca de

Registro de acordo com a lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

NACHTAGAL 15 JUN 2001

Official
 I hereby certify that the above is a true and correct copy of the original as the same appears in the records of the County of [] State of []



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERUMUNICÍPIO DE: RACHA-OS

DISTRITO DE: MACHAZOS

NASCIMENTO N° 13.240

Eu, MARTA DAS GRAÇAS DA SILVA, OFICIAL do
REGISTRO CIVIL em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que as fls. 84, vs. do livro "A" N° - 11, do registro de nascimento, foi feito hoje o assento de MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO,

fecha dos cuatro (04) : : : : de marzo (03) : : : :

23 : 15 : : : : : horas na Maternidade Darcy Vargas, na cidade de Timbaúba-PE. : : : : : de sexo feminino, : : : : : de cor branca, : : : : :

filho de ANTONIO SEVERINO DO NASCIMENTO, natural de Machados-PE.

• MARIA DO CARMO DE SILVA, natural de Limoeiro-PE., de lar, ela agricu

seus avós paternos SEVERINO MANOEL DO NASCIMENTO

e MARIA JOSEFA DE CONCEICAO.

o SENHORA MONTA DE CONDIÇÃO, a falecida, ::::::::::::::

Declarante o proprio genitor,

e serviram de testemunhas Ivonete Alves de Andrade Miron e Jailton Pedro Xavier

carros brasileiros, maiores e residentes nesta cidade

Observações: Lavrado conforme a Legislação em vigor.

SECRET

1571 - 1830 Crossed the River

Of the following, which is the most common type of rebellion?
 a. A rebellion against a foreign power
 b. A rebellion against a local ruler
 c. A rebellion against a foreign ruler
 d. A rebellion against a local ruler

Registrou-se de acordo com a lei nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

15 JUN 2001

© 1911 by the
United States Government



Prefeitura Municipal
de Machados



Comprovação de ato declaratório



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 21/08/2016 HORA: 00:10Hs REGISTRO: _____
NOME: Mayara Kelly da Silva Vasconcelos
SEXO: F IDADE: 15A ESTADO CIVIL: Solt. DATA NASC.: 04/03/2001
ENDEREÇO: R. Antônio Emílio - Machados - PE
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Taciely Teima (Branca)
QUEIXAS: _____

Paciente sofreu ac. de摩托(Sic)
apresentando febre, tosse, confusão
no sono e, p. Esg. e pneumonia
esquerda MID.

Trauma mto esq. com edema e dor
abdominal e no membro.

Abdomen - dor no abd. inferior

AR - Pulsoes fracos.

consciente, orientado, pulso cheio

PA = 110 x 80

HGV

4985729

Cartório Único: Rua José Nilo s/n Machados-PE
Autenticado a presente cópia reprográfica conforme a
original a mim apresentada, do que dou fé.
Machados, 21/08/2016 Em/Pres. de Verônica
Total: R\$ 3,32. EMISSÃO: ADELINO DA SILVA
(substituto) Adelino

Válido, armazene com o selo, 0016760.7380926150.00106
consulte o selo digital em www.tipec.jus.br/selodigital

☐ () OBSERVAÇÃO ☐ () ÓBITO ☐ () ALTA

PROCEDIMENTO

[Assinatura]

MÉDICO

RECEPCIONISTA

FERNANDA LIMA DINIZ 14 21-08-2017 18:47 098759 1/1

(10)

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA		
NOME: <u>Mayara Kelly Silva Nascimento</u>			02 (DUAS) VIAS		
NOME DA MÃE: _____			CARTÃO BLUE: _____		
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>5027031</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: ☐ F. ☐ M.	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Pós-op de fratura 3 ODE</u>					
COMORBIDADE: _____					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <u>Retirada de material de síntese</u>					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>31/08/17</u>		DATA DA ALTA: <u>31/08/17</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____			CID: _____		GRUPO/REVISOR/FATURAMENTO: _____
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			MATRICULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dra Sandra Paiva</u>			
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr Filipe Mesquita</u>			
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr Danilo Rocha</u>			
4	ANESTESISTA	<u>Dr Jullio Melo</u>			
6	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
☐	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐	NUTRIÇÃO PARENTERAL	☐	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE
☐	DIÁRIA DE UTI	☐	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐	HEMODIALISE
☐	MEDIANÇA DE PROCEDIMENTO	☐	USO DE OXIGÊNIO	☐	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) AGUADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS:					
<u>31/08/17 - Retirada de fio K em 3</u> <u>MTC e eq.</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: <u>Cefalexina e Dipirona</u>					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>Fratura de 3 MTC e</u>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>BE6</u>					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA		OUTROS: ☐ OUTROS			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: <u>Retorno ao ambulatório de</u> <u>Dra Sandra Paiva em 07 dias</u>		OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
DATA: <u>31/08/17</u>					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 15-11-2017 11:10 272891 1/1

Assinatura do Médico
 Assinatura do Médico
 Assinatura do Médico

CONSULTA	0301010170		RADIO X	
GLOBULINA	0202040206		ANTENRAGO	0204040419
AC. URICO	0202010130		ABDOMEN SIMPLES AP	0204080139
ALBUMINA	0202010827		ABDOMEN AP+LATERAL	0204080111
			BACIA	0204080045
BILIRRUBINA	0202010201		BRACO	0204040051
CALCIO	0202010210		COTOVELO	0204040078
CLORETO	0202010200		CALCANEO	0204040108
COLESTEROL	0202010298		COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRANIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202050080		CRANIO PA+LAT+OBLI	0204010071
DESHIDROGENASE	0202010388		COXA	0204080117
GAMA	0202010488		COL.TORACO-LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010732		CLAVICULA	0204040080
GLICOSE	0202010473		FACE	0204010144
HEMOGLOBINA	0202080183		FEMUR	0204080080
HEMOGRAMA	0202020390		JOELHO	0204080133
HEMOGLOBINA	0202020384		JOELHO AP+LATERAL	0204080123
LEUCOGRAMA	0202020396		MAC	0204040088
LCR	0202090800		OMERO	0204040116
FOSFORD	0202010430		PE	0204080190
FOSF.ALICALINA	0202010422		TORAX AP	0204080170
MAGNESIO	0202010482		TORAX AP E PERFIL	0204030163
MIELOGRAMA	0202080191		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEINA	0202010870		PERNA	0204080188
PARASITOLOGICO	0202040127		MANDIBULA	0204010088
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA	
PROT.TOTAL	0202010818		ABDOMEN SUPERIOR	0208020038
PSQUISA BK	0202080072		ABDOMEN TOTAL	0208020048
POTASSIO	0202010830		TORAX	0208020138
SODIO	0202010838		PELVICA	0208020180
TSTC	0202020486		TRANSVAGINAL	0208020188
TEMP.BANG.	0202020100		BOLSA BILACOTAL TIREOIDE	0208020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREOIDE	0208020127
TRIGLICERIDEO	0202010878		MAMA	0208020087
TGO	0202010843		PROSTATA	0208020118
TGP	0202010881		VIA URINARIA	0208020084
TPAR	0202020487		TOMOGRAFIA	
UREIA	0202010894		COLUNA CERVICAL	0208010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SACRA	0208010028
			COLUNA TORACICA	0208010036
CONC.HEMACIA	0300030068		FACE	0208010044
CONC.PLASMA	0300030108		PESCOCO	0208010092
CONC.PLAQUETA	0300030078		SELA TURCA	0208010080
PRE TRANSF. I	0212010038		CRANIO	0208010078
PRE TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0208010087
NEBULIZACAO	0301100181		MEMBROS SUPERIORES	0208010016
HISTOPATOLOGICO	0203020430		SEG. APENDICULARES	0208020029
EGG	0211020038		TORAX	0208020031
EDA	0208010037		ABDOMEN SUPERIOR	0208030010
FUNCAO	0401040018		MEMBROS SUPERIORES	0208030029
TRACAO	0402080088		PELVICA	0208030037
			FISOT. RESP.	0202040021
			FISOT. MOTORA	0202040030
			CURATIVO	0401010818



Prefeitura Municipal
de Machados



Comprovação de ato declaratório



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 21/08/2016 HORA: 00:10Hs REGISTRO: _____

NOME: Mayara Kelly da Silva Vasconcelos

SEXO: F IDADE: 15A ESTADO CIVIL: Solt. DATA NASC.: 04/03/2001

ENDEREÇO: R. Antônio Emílio - Machados - PE

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Taciely Teima (Branca)

QUEIXAS:

Paciente sofreu ac. de pto (sic)
apresentando febre, tosse, confusão
no 1º dia E, pto Esg. e pneumonia
esquerda MID.

Trauma mto esq. com edema e dor
abdominal e no membro.

Abdomen - dor no 1º e 2º

AR - Pulso 110 bpm

consciente, orientado, pulso cheio

PA = 110 x 80

HGV

4985729

Cartório Único: Rua José Nilo s/n Machados-PE
Autenticado a presente cópia reprográfica conforme a
original a mim apresentada, do que dou fé.
Machados, 21/08/2016 Em/Pres. de Verificação.
Total: R\$ 3,32. EMISSÃO: ADELINO DA SILVA
(Substituto) Adelino

Válido, arquivado com o selo 0016760.7380926150.00106
consulte o selo Digital em www.tipec.jus.br/selodigital

☐ () OBSERVAÇÃO ☐ () ÓBITO ☐ () ALTA

☒ PROCEDIMENTO

MÉDICO

RECEPCIONISTA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME: Mayara Kelly Silva Nascimento **02 (DUAS) VIAS**

NOME DA MÃE: Carla **CARTÃO BLUE**

CLÍNICA: ENFERMARIA: LEITO: Nº DO REGISTRO: 5027031

DATA DE NASCIMENTO: IDADE: PESO: ALTURA: SEXO: ☐ F. ☐ M. ☐

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
Pós-op de fratura 3 ODE

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):
Retirada de material de síntese

DATA DA INTERNAÇÃO: 31/08/17 DATA DA ALTA: 31/08/17 DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: CAMPO/REVISOR/FATURAMENTO:

COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dra Sandra Paiva</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr Filipe Mesquita</u>	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr Danilo Rocha</u>	
4	ANESTESISTA	<u>Dr Jullio Melo</u>	
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ HEMODIALISE

☐ MEDIÇÃO DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

31/08/17 - Retirada de fio K em 3
MTC e eq.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: Cefalexina e Dipirona

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de 3 MTC e

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: BEG

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS: OBITO: ☐ IM. ☐ SVO ☐ PO

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: Retorno ao ambulatório da
Dra Sandra Paiva em 07 dias

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

31/08/17
DATA

Assinatura do Médico Responsável

Médico Responsável
Assinatura do Médico Responsável

SUSCROD LTER 0001 00 15-11-2017 11:10 272891 1/1

CONSULTA	0301010170		RADIO X	
GLOBULINA	0202040206		ANTENRAGO	0204040419
AC. URICO	0202010130		ABDOMEN SIMPLES AP	0204080139
ALBUMINA	0202010827		ABDOMEN AP+LATERAL	0204080111
			BACIA	0204080045
BILIRRUBINA	0202010201		BRACO	0204040051
CALCIO	0202010210		COTOVELO	0204040078
CLORETO	0202010200		CALCANEO	0204040108
COLESTEROL	0202010298		COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRANIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202050080		CRANIO PA+LAT+OBLI	0204010071
DESHIDROGENASE	0202010388		COXA	0204080117
GAMA	0202010488		COL.TORACO-LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010732		CLAVICULA	0204040080
GLICOSE	0202010473		FACE	0204010144
HEMOGLOBINA	0202080183		FEMUR	0204080080
HEMOGRAMA	0202020390		JOELHO	0204080133
HEMOGLOBINA	0202020384		JOELHO AP+LATERAL	0204080123
LEUCOGRAMA	0202020396		MAC	0204040088
LCR	0202090800		OMERO	0204040116
FOSFORD	0202010430		PE	0204080190
FOSF.ALICALINA	0202010422		TORAX AP	0204080170
MAGNESIO	0202010482		TORAX AP E PERFIL	0204030163
MIELOGRAMA	0202080191		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEINA	0202010870		PERNA	0204080188
PARASITOLOGICO	0202040127		MANDIBULA	0204010088
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA	
PROT.TOTAL	0202010818		ABDOMEN SUPERIOR	0208020038
PSQUISA BK	0202080072		ABDOMEN TOTAL	0208020048
POTASSIO	0202010830		TORAX	0208020138
SODIO	0202010838		PELVICA	0208020180
TSTC	0202020486		TRANSVAGINAL	0208020188
TEMP.BANG.	0202020100		BOLSA BILACOTAL TIREOIDE	0208020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREOIDE	0208020127
TRIGLICERIDEO	0202010878		MAMA	0208020087
TGO	0202010843		PROSTATA	0208020118
TGP	0202010881		VIA URINARIA	0208020084
TPAR	0202020487		TOMOGRAFIA	
UREIA	0202010894		COLUNA CERVICAL	0208010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SACRA	0208010028
			COLUNA TORACICA	0208010036
CONC.HEMACIA	0202030068		FACE	0208010044
CONC.PLASMA	0202030108		PRESCOCCO	0208010092
CONC.PLAQUETA	0202030078		SELA TURCA	0208010088
PRE TRANSF. I	0212010038		CRANIO	0208010078
PRE TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0208010087
NEBULIZACAO	0301100181		MEMBROS SUPERIORES	0208010016
HISTOPATOLOGICO	0203020430		SEG. APENDICULARES	0208020029
ECG	0211020038		TORAX	0208020031
EDA	0208010037		ABDOMEN SUPERIOR	0208030010
FUNCAO	0401040018		MEMBROS SUPERIORES	0208030029
TRACAO	0402080088		PELVICA	0208030037
			FISOT. RESP.	0202040021
			FISOT. MOTORA	0202040030
			CURATIVO	0401010818

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010016374-2

Nr. da Autenticação 8DE8DEFB6BCEC7EA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

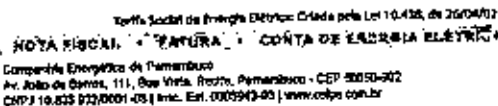
RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____

CPF nº 140481434-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ANTONIO EMILIO</u>
Número	<u>140</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>MACHADOS</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55740-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99696-4979- 99706-5834</u>
E-mail	<u>elxasresmaria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Orobó-PE, 13 de março de 2017Assinatura do Declarante: Mayara Kelly Silva NascimentoMaria do Carmo da Silva



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO EMILIO 140

CENTRO MACHADOS
MACHADOS PE
55740-000

CONTRACT CONTRACT	ISSUANCE
1293883021	08/2016
DATA ON VERIFICATION	DATE PAIDED, PREVIOUS LITIGATION
01/08/2016	26/09/2016
TOTAL A PAGAR (R\$)	29,49

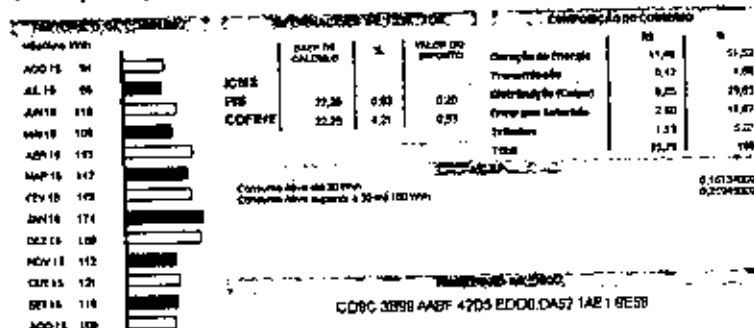
# DA NOTA FISCAL 003188809	# CUPOM (NCA)	# DATA 25/08/2018
# APRESENTAÇÃO 25/08/2018	# CUPOM 2007308159	# DA NOTA FISCAL 1820008

* 中国城市人口增长与城市人口密度

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT	VALOR TOT
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,16662355	4,98
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	64,00000000	0,27341949	17,50
Contribuição de Iluminação Pública			2,15
Multa por atraso - NF 009132758 - 25/05/18			0,51
Multa por atraso - NF 009777380 - 27/08/18			0,83
Juros por atraso - NF 003277380 - 27/08/18			0,25
Juros por atraso - NF 009132758 - 25/05/18			0,57
PRC - CPMAC A-08110412-8990 0800 031 8889			2,00

TOTAL DA FATURA

Nº DO RECEIÇÃO	TIPO DA PUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DO DADOS	CONSTANTE	AJUSTE	CONCLUSÃO (R\$)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
009838	C=1	30/09/2016	30.363,00	25/08/2016	32.887,00	30	1.52000		84,00

[illegible]

ATTENTION: INFORMATION NOT TO BE CONTAINED HEREIN

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

Variable	Definition	Value	Variable	Definition	Value
Age	Age in years	25.05	Age	Age in years	25.05

Em caso de não pagamento do débito, a Administração da sanção poderá ser suspensa, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de inadimplência do SPC e do SERASA, que afetariam negativamente sua credibilidade no mercado e a imagem de sua empresa perante a sociedade. Além disso, a empresa poderá ser penalizada após a efetivação do presente.

1. **Art. 1.º** O presente Decreto nº 5.454, de 1998, que institui o Conselho de Administração do Estado do Rio de Janeiro, é revogado.

LIMITS					PERCENT OF TOTAL			
COMMENTS	PERCENT OF TOTAL ADVERTISING	LIMITS		LIMITS TYPICAL	SALES ADVERTISING	TOTAL REVENUE (%)	PERCENT OF TOTAL REVENUE	
		MINIMUM	MAXIMUM				ADVERTISING	SALES
ONE	0.02	5.01	11.02	20.04	770	207	731	
TWO	0.02	2.00	6.00	13.00				
THREE	0.02	3.00	0.00	0.00				

FLUXO = Valor do fluxo pago ao longo do tempo em Contribuições = R\$ 8,00

CONTA CONTRATO	PEDIDO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
291003731	08/2016	01/09/2016	20,49

83800000000-9 29490011001-8 20399302110-0 05081631693-3



2555 RIVINGTON LANE, DUBLIN 3, IRELAND
21-402-2017 18:47 098755 17



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MAYARA KELLY SILVA NASCIMENTO

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____

CPF nº 140481434-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ANTONIO EMILIO</u>
Número	<u>140</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>MACHADOS</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55740-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99696 4979- 99706-5834</u>
E-mail	<u>elxassessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Osório, PE, 13 de março de 2017Assinatura do Declarante: Mayara Kelly Silva Nascimento
Maria do Carmo da Silva

Comprovante de residência



Nota Fiscal - YATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Celpe de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 55050-901
CNPJ 10.533.032/0001-08 | Insc. Est. 08059473-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DO CARMO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTÔNIO ENRICO 140

CPF: 029 273 234-10 NIS: 18435884581

CENTRO MACHADOS
MACHADOS PE
55140-000

CLASSIFICAÇÃO
B) RESIDENCIAL
BARRA FENILIA COSMES
Monsenhor

Conta Copiada 1293993021 08/2016
Data de Vencimento 01/09/2016
Data de Pagamento 28/09/2016
TOTAL A PAGAR R\$ 29,49

IP DA UNIDADE 003188009 003188009 003188009
IP DA UNIDADE 003188009 003188009 003188009
IP DA UNIDADE 003188009 003188009 003188009

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 20 kWh	20,0000000	0,1562355	4,78
Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh	84,0000000	0,21347545	17,92
Contribuição Normativa do Pábulos			0,51
Multa por atraso - R\$ 000077280 - 27/09/16			0,83
Multa por atraso - R\$ 000077280 - 27/09/16			0,21
Juros por atraso - R\$ 000077280 - 27/09/16			0,57
Juros por atraso - R\$ 000077280 - 27/09/16			2,00
PRO-CRANCA (0,0130412-0252-0800-001-0000)			

IP DO	TIPO DA	CONSUMO	DATA	LEITURA	IP DO	CONSUMO	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
000000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000

Valor Area (R\$)		VALOR DE CANCELAMENTO		VALOR DE CANCELAMENTO		VALOR DE CANCELAMENTO	
ACRES	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
ACRES	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46</

NOTA FISCAL Nº 1293993021 08/2016
DATA DE EMISSÃO 01/09/2016
VALOR TOTAL A PAGAR R\$ 29,49

ATENÇÃO: A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido da energia elétrica. O cliente deve utilizar a energia elétrica de forma correta e segura, evitando desperdícios e riscos de acidentes. A CELPE não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido da energia elétrica.

CONSUMO					VALOR (R\$)	
CONSUMO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	
Consumo Ativo até 20 kWh	4,78	Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh	17,92	Contribuição Normativa do Pábulos	0,51	
Juros por atraso - R\$ 000077280 - 27/09/16	0,57	Juros por atraso - R\$ 000077280 - 27/09/16	2,00	PRO-CRANCA (0,0130412-0252-0800-001-0000)		

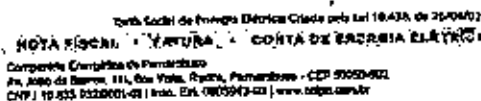
VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
220	207	231	

Valor (R\$) 12,23

Valor (R\$) 12,23

NOTA FISCAL Nº 1293993021 08/2016
DATA DE EMISSÃO 01/09/2016
VALOR TOTAL A PAGAR R\$ 29,49
83800000000-9 29490011001-8 28399302110-0 05081631893-3

555.880000 LIDER 0000 3 8 21-09-2017 18:47 099755 1/1

[illegible]

INTERESSADO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTÔNIO ENRICO 140

CENTROMACTUADOS
MAQUINOS PE
5514D-000

1293993021	08/2016
01/09/2016	28/09/2016
TOTAL A PAGARE (€)	29.49

003158805	CINCA	25/08/2010
754087018	2007308159	1870059

අනුප්‍රාප්තිකයන්ගේ අයිතිවාසිකම්

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo até 20 kWh	50,0000000	0,15862355	4,78
Consumo Alvo superior a 20 até 100 kWh	84,0000000	0,21347949	17,94
Contribuição do Racionamento de Energia			2,16
Multa por atraso - NF 000132758 - 25/05/18			0,51
Multa por atraso - NF 000237380 - 27/05/18			0,83
Juros por atraso - NF 000237380 - 27/05/18			0,24
Juros por atraso - NF 000132758 - 25/05/18			0,57
PRCA - CANCELADA - 13813812 - 22/05/2000 001 0029			2,00

TOTAL DA FATURA

W DO RECEIVED	TWO DA PLUMBO	CONTAINER		TOTAL		W DO DAS	CORRECTIVE	AJUSTE	COMPLETO DEPEND.
QNTD		DATA	LIMITA	DATA	LIMITA				
000000	CAI	26-07-98	00 50 30	23-08-98	20 -47 30	N	1.0000		94,00

Age Group	1950 (%)	1960 (%)	1970 (%)
0-14	35	30	25
15-24	15	20	25
25-64	45	45	45
65+	5	5	5

1. Prințul de Saxe-Coburg și Gotha (n. 1876) a fost primul rege al Serbiei din dinastia Karadjordjević. A fost căsătorit cu Prințesa Maria de Romania, fiica regelui Carol I. A avut doi copii: Prințul Mihail și Prințesa Elena. Prințul Mihail a fost primul rege al Iugoslaviei (1918-1921). Prințesa Elena a fost regină a Iugoslaviei (1918-1921).

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

Variable	Group 1 N = 20	Group 2 N = 25	Group 3 N = 25	Group 4 N = 25	Group 5 N = 25
----------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Onco de ribonucleoproteína de citoplasma e transcritos de mRNA são detectados, bem como células com inclusões nucleares de tipo citocristalo de SCL (Fig. 3A), com alterações nucleares tipo nucleotoma e não nucleotoma, além de células anormais com núcleos difusos ou dispersos, além das células com alterações tipo nucleotoma presentes.

1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-2589-2590-2591-2592-2593-2594-2595-2596-2597-2598-2599-2600-2601-2602-2603-2604-2605-2606-2607-2608-2609-2610-2611-2612-2613-2614-2615-2616-2617-2618-2619-2620-2621-2622-2623-2624-2625-2626-2627-2628-2629-2630-2631-2632-2633-2634-2635-2636-2637-2638-2639-2640-2641-2642-2643-2644-2645-2646-2647-2648-2649-2650-2651-2652-2653-2654-2655-2656-2657-2658-2659-2660-2661-2662-2663-2664-2665-2666-2667-2668-2669-2670-2671-2672-2673-2674-2675-2676-2677-2678-2679-2680-2681-2682-2683-2684-2685-2686-2687-2688-2689-2690-2691-2692-2693-2694-2695-2696-2697-2698-2699-2700-2701-2702-2703-2704-2705-2706-2707-2708-2709-2710-2711-2712-2713-2714-2715-2716-2717-2718-2719-2720-2721-2722-2723-2724-2725-2726-2727-2728-2729-2730-2731-2732-2733-2734-2735-2736-2737-2738-2739-2740-2741-2742-2743-2744-2745-2746-2747-2748-2749-2750-2751-2752-2753-2754-2755-2756-2757-2758-2759-2760-2761-2762-2763-2764-2765-2766-2767-2768-2769-2770-2771-2772-2773-2774-2775-2776-2777-2778-2779-2780-2781-2782-2783-2784-2785-2786-2787-2788-2789-2790-2791-2792-2793-2794-2795-2796-2797-2798-2799-2800-2801-2802-2

[illegible]

12月

© 2005 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

WORKS CONTRACT	MEMORANDUM	DATE OF PREPARATION	TOTAL A. PAGES
120100101	08/2018	01/09/2018	29,49

83500000000-9 29490011001-6 28399302110-0 05081631693-3



553.63263 L103 D447 34 21-SEP-2017 10:47 098755 1/