



Número: **0061163-46.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALBERTO MACENA DA SILVA (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71158095	17/11/2020 16:38	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200290052

Vítima: ALBERTO MACENA DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO MACENA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16032203

Pag. 01551/01552 - carta_01 - INVALIDEZ

00020776





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200290052

Vítima: ALBERTO MACENA DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALBERTO MACENA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos laudos dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, pois não foram entregues. Não é necessário apresentar as películas/chapas dos exames.
---------------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01157/01158 - carta_03 - INVALIDEZ

00040579



Carta nº 16050971





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

935.844.014-49 Alberto Moreno dos Silva

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

5 - Nome completo:

Alberto Moreno da Silva

6 - CPF:

935.844.014-49

7 - Profissão:

Recusado

8 - Endereço:

Rua do Campo

9 - Número:

383

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Ilha Jeane Bezerra

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50.080-600

15 - E-mail:

(81) 99714011

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (2337)

☐ Itaú (941)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Brasil

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

1838

4

CONTA:

39.300

2

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou sucessores (além dos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 13 de julho de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador

Digitalizada com CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0114003394**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/07/2020 às 15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **3/3/2020 às 08:00**

Fato ocorrido no endereço: **FRAGOSO, 01, RODOVIA PE 15 - Bairro: FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53140-080**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
PERNAMBUCO MOTOS LTDA (OUTRO)
ALBERTO MACENA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALBERTO MACENA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AVANI MACENA DA SILVA Data de Nascimento: 8/6/1977 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 4788775/503/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª - GRAU COMPLETO Profissão: TECNICO (OUTROS) Telefones Celulares: 85919681

Endereço Residencial: **RUA DO CAMPO, 333, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

PERNAMBUCO MOTOS LTDA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante - Cargo do Representante - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): PERNAMBUCO MOTOS LTDA que estava em posse do(a) Sr(a): ALBERTO MACENA DA SILVA



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PCW6812 (PERNAMBUCO/PALMISTA)**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA NA DATA E LOCAL ACIMA MENCIONADAS CONDUZIA A MOTOCICLETA QUALIFICADA NESTE DOCUMENTO QUANDO O AUTOMOVEI PLACA MUV4501 COLIDIU LATERALMENTE NA MOTO FAZENDO O NOTICIANTE PERDER O CONTROLE E CAIR NA PISTA DE ROLAMENTO TAMBEM RELATOU QUE UMA EQUIPE DO SAMU O REMOUEU PARA O HOSPITAL DO ESPINHEIRO.

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


ALBERTO MACENA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA** - Matrícula: **152497-6**
(Liberado em **10/07/2020** às **16:00**)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 935.844.014-49 4 - Nome completo da vítima: Alberto Moreno da Silva

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

5 - Nome completo: Alberto Moreno da Silva 6 - CPF: 935.844.014-49
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua do Campo 9 - Número: 383 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Vila Jeanne Bezerra 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.080-600
15 - E-mail: (81) 997140111

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (2337) ☐ Itaú (941)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1838 4 CONTA: 39.300 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (já nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura digital da vítima ou do representante legal

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 13 de julho 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador

Digitalizada com CamScanner





Hospital do
Espinheiro

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr.(a) Alberto Mazena Silva
necessita afastar-se de suas atividades laborativas por um período de (7)
dias , para tratamento médico. data
CID: 592.3

RECIFE, 03 DE 03 DE 2020

Alexandre Santos
Médico / CRM / Data
Alexandre Santos A. Souza
Traumato - Ortopedia
CRM/PE 11.714

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no art.86 do RGPS aprovado pelo decreto n°. 6070 de 14.03.67 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Rua do Espinheiro, 222 Espinheiro
Recife / PE
Fone: 812138-2950



ALTA

Página 1 de 1

19/11/2020 12:38

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: ALBERTO MACENA DA SILVA ID: 06061977 Atendimento: 19911561 Procedimento: 8220272

Consultor: IAP/VIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Lado: 305/2204

Profissional(s): ALEXANDRE SAVEDRULMO DE SOUSA CRM 133513 Nº: 1638154060000069766749 11/11

CORREÇÕES DE ALTA		
Alta do Paciente	Sim	[X]
DATASORA DA ALTA		
Data De Alta	03/03/2020	[X]
Data De Alta	03/03/2020	[X]
Hora De Alta	11:31	[X]
Hora De Alta	11:31	[X]





FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1


ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

26/03/2020 12:30

Paciente: ALBERTO MACENA DA SILVA Dt. Nasc.: 08/06/1977 Atendimento: 19975638 Proprietário: 8320373
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGÊNCIA - HE Leito: 300222R
Profissional(s): ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA CRM 11711 (R) Nº: 17082421 19/03/2020 às 11:45

ANAMNESE		
Queixa Principal	TAC: REVELOU FRATURAS EM CUNEIFORME E MT1, SEM DESVIO. PUNHO TALA GESSADA E ENCAMINHO PRO AMBULATORIO DE MÃO.	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	SB «CID10 NÃO AGRUPADOS»	[1]
CID10	S623 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S623 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	[1]
CID10	S623 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		



 **Hospital de Espíritos**

ALTA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE 19/03/2020 12:30

Paciente: ALBERTO MACENA DA SILVA	DI. Nasc.: 08/06/1977	Atendimento: 19931561	Prontuário: 8320373
Convênio: HAP/VIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 3002224	
Profissional(s): ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA CRM 11711 [1]	Nº: 10969236	03/03/2020	às 11:31

CONDIÇÕES DE ALTA		
Alta do Paciente	Sim	[1]
DATA/HORA DA ALTA		
Data Da Alta	03/03/2020	[1]
Data Da Alta	03/03/2020	[1]
Hora Da Alta	11:31	[1]
Hora Da Alta	11:31	[1]



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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1217334508

PROIBIDO PLASTIFICAR
1217334508

NOME
ALBERTO MACENA DA SILVA

FOTO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4788775 SDB PE

CPF
975.844.014-49

DATA NASCIMENTO
08/06/1977

FILIAÇÃO
AMARO DE OLIVEIRA DA SILVA
AVANI MACENA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05121170457

VALIDADE
30/11/2020

1ª HABILITAÇÃO
13/01/2011

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
01/12/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

17169087157
PE069916810

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO






PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **ALBERTO MACENA DA SILVA**, portador do RG: 4.788.775 SDS /PE, CPF:975.844.014-49, foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/ SAMU 192 Olinda, ocorrência: S757247, no dia 03/03/2020, aproximadamente às 08:06horas, colisão entre moto x carro em via publica, PE-15 S/N, Jardim Frágoso, Olinda, em frente a faculdade de ciências humanas, sendo encaminhado para Hospital do Espinheiro.

Olinda, 18 de março de 2020.


Carlos Alberto Barbosa
Téc. Adm./SAMU 192 - Olinda

Avenida Santos Dumont, N.º 177 - Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.
E-mail: samu.olinda@hotmail.com
Fone: 81 - 3439-6523

