

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem do dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

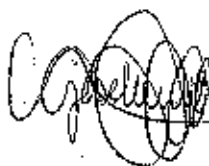
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Givelle Valença de Medeiros
inscrito (a) no CPF/CNPJ 633.249.034 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Luciano José dos Santos inscrito (a) no CPF sob o nº 013.615.784 / 08
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Luciano José dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o nº 013.615.784 / 08 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Francisco Alves</u>	Número: <u>105</u>	Complemento: <u>104</u>
Bairro: <u>Paraíso</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: _____	
		Tel. (DDD): _____

Local e Data: Recife, 24 de Outubro, 2019



Assinatura do Declarante



PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	125.05.2019
DATA	07.06.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **LUCIANO JOSÉ DOS SANTOS**, portador do Documento de Identidade nº **6034993** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **013.615.784-08**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-624696**, que no dia 07 de Maio de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 07h44, na Avenida Mar. Mascarenhas de Moraes, após o Quartel da Aeronáutica, embaixo do Viaduto, no bairro Imbiribeira, Recife/PE, sendo direcionado para UPA Ibura e, posteriormente, redirecionado ao Hospital Getúlio Vargas.

Recife, 07 de junho de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

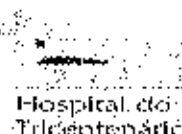
Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060-140 Fone: 3355-7450



Nome: LUCIANO JOSE DOS SANTOS
Dt. Nasc.: 25/12/80 - 38 ano (s)
Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS
Endereço: R TANAPÉ, nº 77, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 07/05/2019 - 08:27

Nº registro: 214991
Sexo: Masculino
Fone: 81984251316
Nº pág.: 1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

ACIDENTE DE MOTO
REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO

Exame Físico:

Resultados de Exames:

FRATURA ÚMERO PROXIMAL E

Conduta:

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

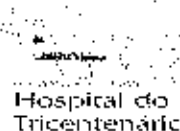
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Óbito: Não

Dr. THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA
CRM: 16462

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA, CRM: 16462, Data e Hora: 07/05/2019 08:38:48.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Iburá CEP: 51320-160 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616



Nome: **LUCIANO JOSE DOS SANTOS**
Dt. Nasç.: 25/12/80 - 38 ano(s)
Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS
Endereço: R TANAPÉ, nº 77, COHAB, RECIFE - PE
Data/hora: 07/05/2019 - 08:20

Nº registro: **214991**
Sexo: Masculino
Fone: 81984251316
Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
07/05/2019 - KECIANNY BATISTA

SENHA: BS001

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
Especialidade: ORTOPEDIA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

ANAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- ACIDENTE DE TRÂNSITO - Acidente de Trabalho

- Dor MPSS - Trauma

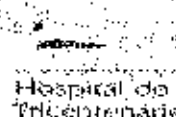
ACITE TRAZIDO PELA SAMU BASICA 9, RECIFE. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTTO E TRABALHO, REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO
NOSGATCF

EXAME FÍSICO:

PA: 110 x 70 mmHg | Temperatura:
HGT: 103 mg/dL | Sat O2: 99% | FC: 92 Bpm | Peso: | Altura:

OBSERVAÇÕES:

Dr.ª KECIANNY BATISTA DE FIGUEREDO
COREN: 39031



Nome: **LUCIANO JOSÉ DOS SANTOS**
Dt. Nasc.: 25/12/80 - 38 ano (s)
Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS
Endereço: R. TANAPÉ, nº 77, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 07/05/2019 - 08:39

Nº registro: **214991**
Sexo: Masculino
Fone: 81984251316
Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

FRATURA UMERO PROXIMAL E

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg | Temperatura: °
TGF: mg/dL | Sat O2: % | FC: bpm | Peso: | Altura:

CONDUTA:

ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

RX

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S422 - Fratura da extremidade superior do úmero | | Colo

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 5678513

ESPECIALIDADE:

Transporte: Ambulância Unidade

Transferência Cancelada? NÃO

Dr. THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA
CRM:16462

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA. CRM: 16462. Data e Hora: 07/05/2019 08:55:08.

Rua Valde do Itajal, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **LUCIANO JOSE DOS SANTOS**,
prontuário nº **1170744**, admitido neste hospital em 07/05/2019 com diagnóstico
de Fratura do Úmero proximal esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico.
Recebeu alta hospitalar em 10/05/2019.

Recife, 16 de Setembro de 2019.

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

D^{ra} Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: LUCIANO JOSE DOS SANTOS

1. Ocorrência da Emergência: 718011

1.1 - atendimentos em: 07/05/19

1.2 - Às 09 horas e 37 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No.

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

4. Tratamento: 1) ANALGESIA.

2) TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 28.8.2019

HORA: 12:52:36

PASTA: 01.08.2019

JGAS

RS


Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.

[illegible]

[illegible]

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014801521521
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COB. RENAVAM B.N.T.R.O. EXERCÍCIO
528604731 ***** 2019

NOME
SANDRO JOSÉ GUEDES DA SILVA

RECIFE-PE 0

CPE/CNPJ
799.019.414-88

PLACA
PAA6185

PLACA ANT. TP
*****/55

CHASSI
902K215003036281

ESPECIFICAÇÃO
MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCOOL

MARCA/MODELO
HONDA/CG150 FAN 230X

ANO FAB. ANO MOD.
2018 2018

CAP/POT/CIL
250/14900

CATEGORIA
PARTIC

COM. PREDOMINANTE
URBANA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

1. *****
2. *****
3. *****

PAA 150

PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TAFIÁRIO (R\$)
R\$ 11

IDF (%)
0,32

PRÊMIO TOTAL (R\$)
R\$ 38,58

DATA DE PAGAMENTO
22/02/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

RECIFE

Sandro Guedes

DATA

22/02/19

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014801521521 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SANDRO JOSÉ GUEDES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1214

RECIFE-PE

EXERCÍCIO
2019

DATA DE EMISSÃO
22/02/19

VIA

CPE/CNPJ

PLACA

RENAVAM
528604731

VARIANTE/MODELO
HONDA/CG150 FAN 230X

ANO FAB.
2018

ANO MOD.
2018

CHASSI

COMBUSTÍVEL

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COM. PREDOMINANTE

COTA ÚNICA

PRÊMIO TAFIÁRIO (R\$)

IDF (%)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TAFIÁRIO (R\$)

IDF (%)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TAFIÁRIO (R\$)

IDF (%)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TAFIÁRIO (R\$)

IDF (%)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

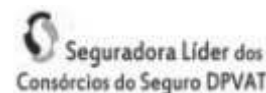
DATA DE PAGAMENTO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.940.800/0001-04

DESAFIO S. GUEDES O. BILHETE DPVAT
ELE KAS O. DE BORTZ O. BILHETE DPVAT

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373309/19

Vítima: LUCIANO JOSE DOS SANTOS

CPF: 013.615.784-08

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/05/2019

Titular do CPF: LUCIANO JOSE DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

LUCIANO JOSE DOS SANTOS : 013.615.784-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/10/2019
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604211 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604211 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604211

Vítima: LUCIANO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANO JOSE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604211

Vítima: LUCIANO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANO JOSE DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: LUCIANO JOSE DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 0000046

Conta: 0000010319-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPLEN Nº 415/2011

Nome completo: **LUCIANO JOSE DOS SANTOS** CPF: **033.635.784-08**
Profissão: **MOTOCICLISTA** Endereço: **RUA TANAPE** Número: **77** Complemento: _____
Bairro: **COHAB** Cidade: **RECIFE** Estado: **PE** CEP: **51330-050**
E-mail: _____ Tel. (DDD): **819 8316 1306**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES:

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0046** CONTA: **00010319** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMH) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentaram 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 295 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou atestado: _____ Local e Data: **RECIFE, 10 DE OUTUBRO 2019**
Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Luciano Jose Dos Santos**
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

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

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



555975

0373309/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC.DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0109007031**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/10/2019** às **11:00**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/5/2019** às **07:44**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MARECHAL MASCARENHAS DE MORAIS, 1** - Bairro:

IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VILA / APÓS O QUARTEL DA AERONÁUTICA; EM BAIXO DO VIADUTO.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
SANDRO JOSÉ GUEDES DA SILVA (OUTRO)
LUCIANO JOSÉ DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCIANO JOSÉ DOS SANTOS**

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

LUCIANO JOSÉ DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MÁRIA JOSÉ DOS SANTOS** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **25/12/1980** Naturalidade: **SAO LOURENÇO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6034993/SDS/PE (RG), 01361578408 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **MOTORISTA** Endereço Residencial: **RUA TANAPE, 77 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

SANDRO JOSÉ GUEDES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **MOTOCICLISTA** Endereço Residencial: **RUA TANAPE, 120 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

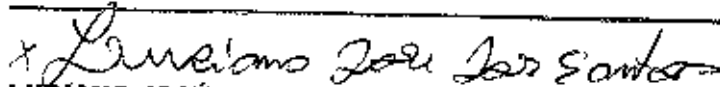
MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SANDRO JOSÉ GUEDES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCIANO JOSÉ DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGA6195 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE NO LOCAL ACIMA MENCIONADO, VINHA CONDUZINDO MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, POR ÓLEO NA PISTA, FAZENDO COM QUE O MESMO CAISSE EM SOLO, SENDO SOCORRIDO POR EQUIPE DO SAMU, PARA A UPA DE LAGOA ENCANTADA E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS.

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

x 
LUCIANO JOSÉ DOS SANTOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por:  GERALDO MOTA DE ARAÚJO JÚNIOR - Matrícula: 3847721

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUPLEN Nº 415/2011

Nome completo: **LUCIANO JOSE DOS SANTOS** CPF: **033.635.784-08**
Profissão: **MOTOCICLISTA** Endereço: **RUA TANAPE** Número: **77** Complemento: _____
Bairro: **COHAB** Cidade: **RECIFE** Estado: **PE** CEP: **51330-050**
E-mail: _____ Tel. (DDD): **819 8316 1306**

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0046** CONTA: **00010319** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMH) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentaram 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 295 do Código Penal.

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Luciano Jose Dos Santos**

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou atestado



PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	125.05.2019
DATA	07.06.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **LUCIANO JOSÉ DOS SANTOS**, portador do Documento de Identidade nº **6034993** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **013.615.784-08**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-624696**, que no dia 07 de Maio de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 07h44, na Avenida Mar. Mascarenhas de Moraes, após o Quartel da Aeronáutica, embaixo do Viaduto, no bairro Imbiribeira, Recife/PE, sendo direcionado para UPA Ibura e, posteriormente, redirecionado ao Hospital Getúlio Vargas.

Recife, 07 de junho de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060-140 Fone: 3355-7450

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00046

CONTA: 000000010319-8

Nr. da Autenticação 72AA01C33099D2B0

Corporação Energética do Pernambuco
Atividade de Bases, 1.1. 424 Vela, Recife - PE, CEP 51015-907
17473-1.350.812/0001-01 fone: Tel. 0810-853-281 www.cenp.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONQUISTADORA
Rua Lins de Vasconcelos, 26

1. The first part of the paper is devoted to the study of the asymptotic behavior of the solutions of the system (1) as $t \rightarrow \infty$. It is shown that the solutions of the system (1) are bounded and tend to zero as $t \rightarrow \infty$ if and only if the matrix A is stable.

6. 4. 1991
 1991
 1991

출판: 1997년 12월 10일
판권: 1997년 12월 10일
인쇄: 1997년 12월 10일

[illegible]

0088499018 06/2019
25/06/2019 09/07/2019
155

MECHANICS OF FLUIDS

	QUANTITY	PRICE (USD)	VALUE (USD)
Carbonyl diisocyanate			
Acrylonitrile-butadiene copolymer			16.00
Carbonyl diisocyanate			1.00
Carbonyl diisocyanate			73.00
Carbonyl diisocyanate			1.50
Carbonyl diisocyanate			1.00
Carbonyl diisocyanate			1.00

© 2001 John Wiley & Sons, Inc.

DOI: 10.1002/for

Nº DE MOTOR	Nº DA POMBAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE POMBA	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONDIÇÃO DA
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
1234	5678	01/01/2010	1000	01/02/2010	1050	10	1000		OK

Category	Value	Unit
1. Total	100.00	%
2. Subtotal	95.00	%
3. Item 1	10.00	%
4. Item 2	5.00	%
5. Item 3	3.00	%
6. Item 4	2.00	%
7. Item 5	1.00	%
8. Item 6	0.50	%
9. Item 7	0.25	%
10. Item 8	0.10	%
11. Item 9	0.05	%
12. Item 10	0.02	%
13. Item 11	0.01	%
14. Item 12	0.00	%
15. Item 13	0.00	%
16. Item 14	0.00	%
17. Item 15	0.00	%
18. Item 16	0.00	%
19. Item 17	0.00	%
20. Item 18	0.00	%
21. Item 19	0.00	%
22. Item 20	0.00	%
23. Item 21	0.00	%
24. Item 22	0.00	%
25. Item 23	0.00	%
26. Item 24	0.00	%
27. Item 25	0.00	%
28. Item 26	0.00	%
29. Item 27	0.00	%
30. Item 28	0.00	%
31. Item 29	0.00	%
32. Item 30	0.00	%
33. Item 31	0.00	%
34. Item 32	0.00	%
35. Item 33	0.00	%
36. Item 34	0.00	%
37. Item 35	0.00	%
38. Item 36	0.00	%
39. Item 37	0.00	%
40. Item 38	0.00	%
41. Item 39	0.00	%
42. Item 40	0.00	%
43. Item 41	0.00	%
44. Item 42	0.00	%
45. Item 43	0.00	%
46. Item 44	0.00	%
47. Item 45	0.00	%
48. Item 46	0.00	%
49. Item 47	0.00	%
50. Item 48	0.00	%
51. Item 49	0.00	%
52. Item 50	0.00	%
53. Item 51	0.00	%
54. Item 52	0.00	%
55. Item 53	0.00	%
56. Item 54	0.00	%
57. Item 55	0.00	%
58. Item 56	0.00	%
59. Item 57	0.00	%
60. Item 58	0.00	%
61. Item 59	0.00	%
62. Item 60	0.00	%
63. Item 61	0.00	%
64. Item 62	0.00	%
65. Item 63	0.00	%
66. Item 64	0.00	%
67. Item 65	0.00	%
68. Item 66	0.00	%
69. Item 67	0.00	%
70. Item 68	0.00	%
71. Item 69	0.00	%
72. Item 70	0.00	%
73. Item 71	0.00	%
74. Item 72	0.00	%
75. Item 73	0.00	%
76. Item 74	0.00	%
77. Item 75	0.00	%
78. Item 76	0.00	%
79. Item 77	0.00	%
80. Item 78	0.00	%
81. Item 79	0.00	%
82. Item 80	0.00	%
83. Item 81	0.00	%
84. Item 82	0.00	%
85. Item 83	0.00	%
86. Item 84	0.00	%
87. Item 85	0.00	%
88. Item 86	0.00	%
89. Item 87	0.00	%
90. Item 88	0.00	%
91. Item 89	0.00	%
92. Item 90	0.00	%
93. Item 91	0.00	%
94. Item 92	0.00	%
95. Item 93	0.00	%
96. Item 94	0.00	%
97. Item 95	0.00	%
98. Item 96	0.00	%
99. Item 97	0.00	%
100. Item 98	0.00	%
101. Item 99	0.00	%
102. Item 100	0.00	%
103. Item 101	0.00	%
104. Item 102	0.00	%
105. Item 103	0.00	%
106. Item 104	0.00	%
107. Item 105	0.00	%
108. Item 106	0.00	%
109. Item 107	0.00	%
110. Item 108	0.00	%
111. Item 109	0.00	%
112. Item 110	0.00	%
113. Item 111	0.00	%

METABOLIC FUNCTION

ATENÇÃO! A CHEFINFORMA é uma VOGAL POSSIBILIDADE EM OPORTUNIDADE

Year	Deaths	Deaths	Deaths	Deaths	Deaths
1990	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1991	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1992	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1993	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1994	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1995	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1996	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1997	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1998	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1999	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2001	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2002	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2003	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2004	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2005	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2006	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2007	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2008	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2009	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2010	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2011	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2012	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2013	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2014	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2015	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2016	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2017	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2018	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2019	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2020	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

[Illegible text]

QUANTITY					UNIT PRICE	TOTAL	TAXES	TOTAL
ITEM	EXTENDED	QTY	UNIT	QTY				
CHG	5.2	5.0	10.5	10.00				
FIC	1.0	1.0	0.2	2.00				
CHG	5.2	5.0	10.5	10.00				

UNIA CONTRATADA	MESANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
00645910	06/19	25/06/2019	155,87

33809000007 7 55370511000-7 08849901810-2 13989041573-2



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA