	tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNI	CIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	INVALIDEZ PERMANENTE MOF
2 - Nº do sinistro o	wast: 2:	44,507.953-72	4 - Nome complete da vitima: MOLSUS PLASOO	L'Roche
necommon proble	I D	1100	1 10 11 1 1 1 1 1	PRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/
5 - Nome comple	AND IIV CHANG IN	980 E W		554,601,953
	MOINES	Person Roch	00 Sec. 987-987-988-98	J11001100
7-Profissão	momo.	Rua Maria	de 50- Roniz.	9 40 10 - Complemento
11 - Bairro: MON	auho	12-Cidade Paccat	uba.	13 EE 14-61.809-080
15 Email:	A		vail eon.	後得野%422 33
DADOS	DSK mplug	AL (PAIS, TUTOR & CURADOR) PARA V	ITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTR	IE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
	leto do Representante Le		The same of the sa	
ZHIVIINASO DE SEXUE	Services and of the second	NO.	19 - Profissão do Representa	inte Legal:
	esentante Legali		(E-91 C 25/07/05/05/07/17/	
	The second secon	residir no endereço acima informi	ado, conforme comprovante anéx	KO (ANEXAR COPIA).
20 - RENDA MEN	SAL DO TITULAR DA CONTA	RECUSO INFORMAR	R\$1.00 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 BAI	NCARIOS: BEN	EFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO 🔲 F	IEPRESENTANTE LEGAL DO BENEFIC	CIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TL
CONTA PO	UPANÇA (Somente para os t	nanos abalim. Assirale uma opção)	TCONTA CORRENTE 300	s os bancos)
☐ Bradesco	100 Sept. 100 Se	59.00	Nome do BANCO: 51	aaasa.
☐ Bancodo	Brasil (001) Caba E	Económica Federal (104)	9000	CONTA: 1004561
AGÊNCIA:	CONT) AGENCIA (2999) (8	30 mm m 30 mm m 1 mm m
7.7.117	amer o digito se existiri	(Information of the second of	(eformana dista se el cumba titularidade, o valor da Ind	lenizar Zn/reembolso do Seguro DPVAT
y que eu tiver i	direito, reconhecendo e	r na conta bancada informada, de : dando, desde já e somente apos a AUSÉNICA DE LAUDO DO IML-PREENC	- Carried and Control of the Control	DATE THE STREET STREET STREET
Não há li O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradora automotor, co Declaro que es	ML que atenda a região do aci ue atende a região do aci ue atende a região do a seguimento da análise d em a apresentação do la Euder para verificação d	o meu pedido de indenização do Se udo do IML, concordando, desde ja a exastência e quantificação das les	ealiza pericas para mis do Seguio i realiza pericias com prazo superi aguro DPVAT, por invalido; perman i, em me submeter à análise médi bes permanentes decorrentes de i	DPVAT; ou ior a 90 (noventa) dias do pedido. iente, com base na documentação médica ca presencial, caso necessário, as custos acidente de trânsito causado por viriculo, ao direito de contestar a avaliação médica, o
discorde da se	DECLARA	AÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRE	ENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE	RTURA DE MORTE
discorde do se	Draw Dr	casado (no Civil) Divorciado S	senarado ludicialmente	24 - Deta do óbito da vitima:
79 - Fstado	AND DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE PARTY	STATISTICS COVIDED TO THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE PA	The state of the s	With the second
73 - Estado civil da yitir	ma: U	27.5	And the second s	riteixou companheiro(a), informar o nome comple
23 - Estado civil da yitir 25 - Grau de Parer	ntesco cum a vitima: 26 -	V tima delxou companheiro(a):	Sim Não 27 - Se a vitima	riteixou companheiro(a), informar o nome complet tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou
73 - Estado dvil da yilir 25 - Grau de Parer 28 - Vitrna 5 tece filhos 7 1	ntesco com a vitima: 26- tim 29-Se tinha fithos, Vivos: Falecid	Vitima delxou companheiro(a): [Informar 30 - Vitima delxou Sh rasoituro (vainasser)? Na	Sim Não 27 - Se a vitima m 31 - Vitima Sim 32 - Se teve i - mãos? Não Vivos:	tinha irmãos, informar Falecidos: 33 – Vitime deixou pais/avos vivos?
75' - Estado civil da yitir 25 - Grau de Perer 28 - Vitrna Store filhos? N	ntesco cum a vitima: 26- im 29 - Se tirisia fithos, vitica Vivos: Falecid que a Seguradora tider pa stando ciente, ainda, de d	Vitima deixou companheiro(a): [Informar 30-Vitima deixou Sh naccituro (va nascet)? Na	Sim Não 27-Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se teve i-mãos? Não Vivos:	tinha irmãos, informar 33-Vitima deixou
75' - Estado civil da yitir 25 - Grau de Perer 28 - Vitrna Store filhos? N	ntesco cum a vitima: 26- im 29 - Se tirisia fithos, vitica Vivos: Falecid que a Seguradora tider pa stando ciente, ainda, de d	Vitima deixou companheiro(a): Informer 30 - Vitima deixou Sinos: Inscripto Inscripto National Sinose Politica National	Sim Não 27-Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se teve i-mãos? Não Vivos:	tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou L Falecidos: pais/avôs vivos?
75° Estado civil da yith 25 - Grau de Parer 28 - Vitrma Store Filhos? N Estou ciente de esta condição, el responsabilidade 34	ntesco cum a vitima: 26- ilim 29 - Se tirina lithos, ilim Vivos: Falecid c.e. a Seguradoru tider pa stando ciente, ainda, de q e crimina por infração do	Vitima deixou companheiro(a): Informer 30 - Vitima deixou Sinos: Inscripto Inscripto National Sinose Politica National	Sim Não 27 - Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. g 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. y Vivos: Seguro DPVAT por morte àque les binão verdadeira poderá gerar a obrig	tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou L Falecidos: pais/avôs vivos?
75° Estado civil da yith 25 - Grau de Parer 28 - Vitrma Steve Filhos? N Estou ciente de esta condição, el responsabilidade 34	ntesco cum a vitima: 26- ilim 29 - Se tirina lithos, ilim Vivos: Falecid c.e. a Seguradoru tider pa stando ciente, ainda, de q e crimina por infração do	Vitima delxou companheiro(a): Informar 30-Vitima delxou Sios: nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce) del vitigo 739 do Código Pena	Sim Não 27 - Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. p teve i mãos? Não Vivos: Seguro DPVAT por marte àqueles braño verdadeira poderá garar a obcis 38 - 1º Nome: CPF:	tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou L Falecidos: pais/avôs vivos?
75° Estado divil da yith 25 - Grau de Parer 28 - Vitrma Stove filhos? N Estou ciente de esta condição, el responsabilidada de digral da digral da	ntesco cum a vitima: 25- ilim 29 - Se tinha filhos, ilin Vivos: Falecid que a Seguradora Lider pa stando ciente, ainda, de q e crimina por infração do 35 - Nome legivel de	Vitima delxou companheiro(a): Informar 30-Vitima delxou Sios: nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce) del vitigo 739 do Código Pena	Sim Não 27 - Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. p teve i mãos? Não Vivos: Seguro DPVAT por marte àqueles braño verdadeira poderá garar a obcis 38 - 1º Nome: CPF:	tinha irmãos, informar 33 - Vitims deixou pais/avôs vivos? pais/avôs vivos? eneficiários que se apresentarem e provarem eacão de ressarcir o valor recebido, além da
25 - Estado civil da yitin 25 - Grau de Parer 28 - Vitrna Store filhos 7 N Estou ciento de esta condição, el esta condição, el esta condição de esta condição d	ntesco cum a vitima: 25- ilim 29 - Se tinha fithos, vivos: Falecid que a Seguradoru Lider pa stando ciente, ainda, de q e crimina: por infração do 35 - Nome legivel do 36 - CPF legível de q	Vitima delxou companheiro(a): Informar 30-Vitima delxou Sinos: Inscrizió (anasoa) Razara, caso devida, a inden zação do ue qualquer ornissão ou declaração derigo 799 do Codigo Pena. quem assina a pedido (a rogo) uem assina a pedido (a rogo)	Sim Não 27-Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. seguro DPVAT por morte aqueles binão verdadeira poderá gerar a obtis 38 - 1ª Nome: CPF: As: 39 - 2ª Nome: CPF:	tinha irmãos, informar 33 - Vitims deixou pais/avôs vivos? pais/avôs vivos? eneficiários que se apresentarem e provarem eacão de ressarcir o valor recebido, além da

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO Impresso nº 2019872104



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4142 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 29/11/2019 16:16:05

Data / Hora da Ocorrência: 02/10/2019 17:40:00 Endereço da Ocorrência: R BENJAMIM BRASIL , MARAPONGA -

FORTALEZA/CE Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MOISES PESSOA ROCHA

Nascimento: 25/11/1972 CPF: 574.607.953-72

RG: 1555771661

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: MARIA LISETE PESSOA ROCHA ESTEVAM ARAUJO DA ROCHA

Endereço: RUA MARIA DE SÁ RORIZ, 425

Bairro: MUNGUBA

Município: PACATUBA/CE

CEP:

País: BRASIL

Telefone: (85) 98511-7132

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMY7190 Uf: CE Município: MARACANAU Chassi:

9C2NC4330ER004153 Renavam: 1022231550 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CB 300R LIMITED Ano Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA Cor: BRANCA Proprietário: MOISES PESSOA ROCHA Situação: NÃO

INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMY-7190 NA RUA BENJAMIM BRASIL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.///////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO DELÁNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 29/11/2019 16:22:30

Pág. 1 de 1

Impresso em: 29/11/2019 16:22:30

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO Impresso nº 2019872104



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4142 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 29/11/2019 16:16:05

Data / Hora da Ocorrência: 02/10/2019 17:40:00 Endereço da Ocorrência: R BENJAMIM BRASIL , MARAPONGA -

FORTALEZA/CE Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MOISES PESSOA ROCHA

Nascimento: 25/11/1972 CPF: 574.607.953-72

RG: 1555771661

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: MARIA LISETE PESSOA ROCHA ESTEVAM ARAUJO DA ROCHA

Endereço: RUA MARIA DE SÁ RORIZ, 425

Bairro: MUNGUBA

Município: PACATUBA/CE

CEP:

País: BRASIL

Telefone: (85) 98511-7132

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMY7190 Uf: CE Município: MARACANAU Chassi:

9C2NC4330ER004153 Renavam: 1022231550 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CB 300R LIMITED Ano Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA Cor: BRANCA Proprietário: MOISES PESSOA ROCHA Situação: NÃO

INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMY-7190 NA RUA BENJAMIM BRASIL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.///////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO DELÁNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 29/11/2019 16:22:30

Pág. 1 de 1

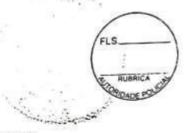
Impresso em: 29/11/2019 16:22:30

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO Impresso nº 2019872104



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4142 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 29/11/2019 16:16:05

Data / Hora da Ocorrência: 02/10/2019 17:40:00 Endereço da Ocorrência: R BENJAMIM BRASIL , MARAPONGA -

FORTALEZA/CE Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MOISES PESSOA ROCHA

Nascimento: 25/11/1972 CPF: 574.607.953-72

RG: 1555771661

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: MARIA LISETE PESSOA ROCHA ESTEVAM ARAUJO DA ROCHA

Endereço: RUA MARIA DE SÁ RORIZ, 425

Bairro: MUNGUBA

Município: PACATUBA/CE

CEP:

País: BRASIL

Telefone: (85) 98511-7132

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMY7190 Uf: CE Município: MARACANAU Chassi:

9C2NC4330ER004153 Renavam: 1022231550 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CB 300R LIMITED Ano Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA Cor: BRANCA Proprietário: MOISES PESSOA ROCHA Situação: NÃO

INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMY-7190 NA RUA BENJAMIM BRASIL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.///////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO DELÁNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 29/11/2019 16:22:30

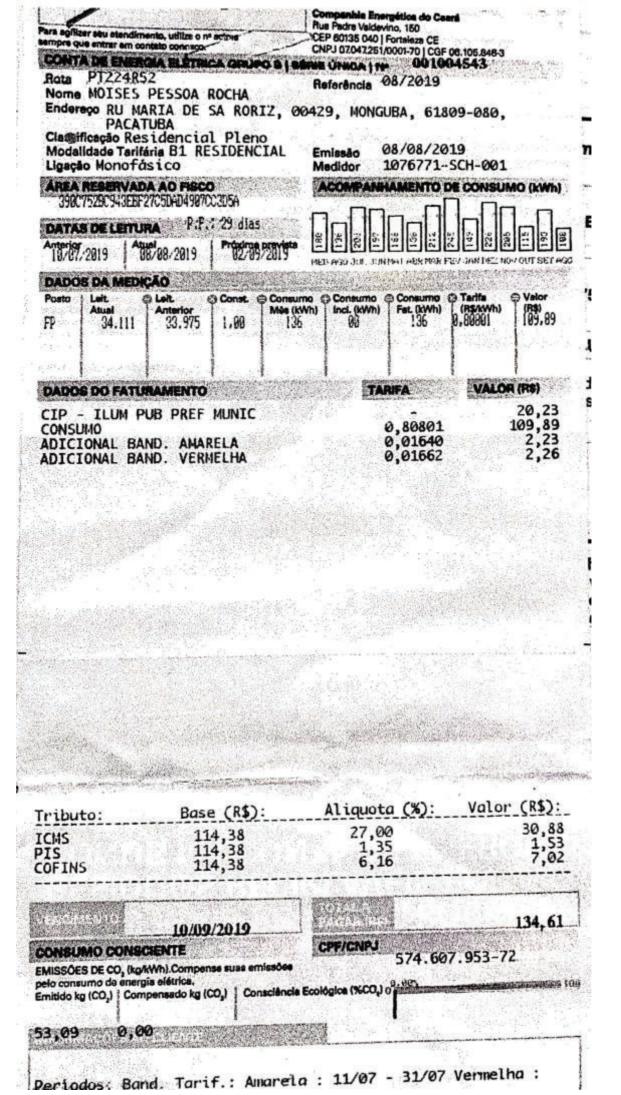
Pág. 1 de 1

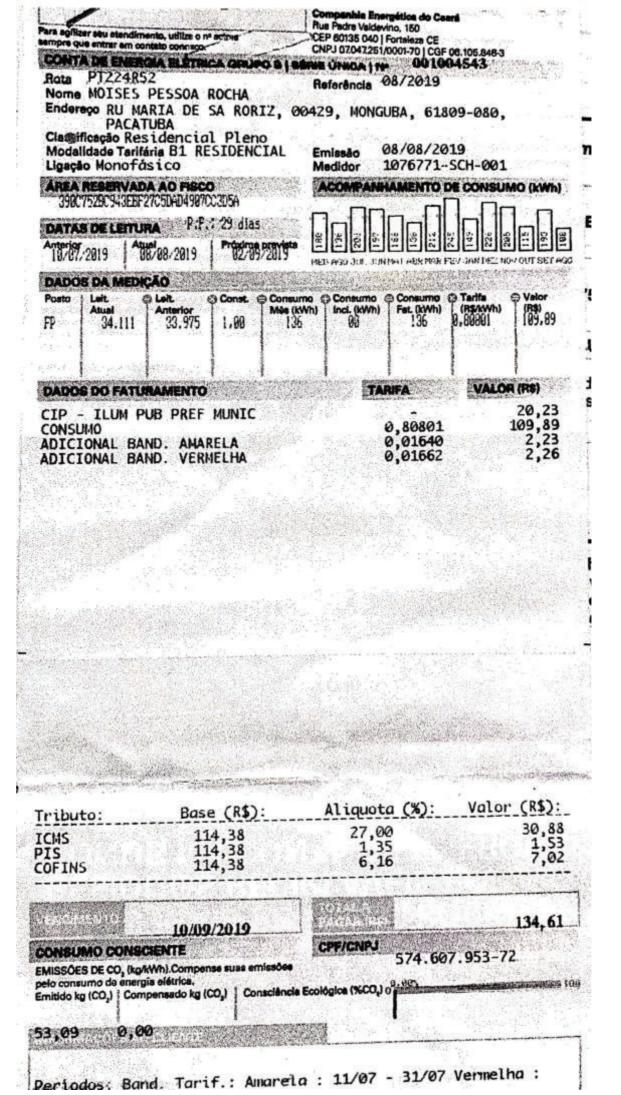
Impresso em: 29/11/2019 16:22:30

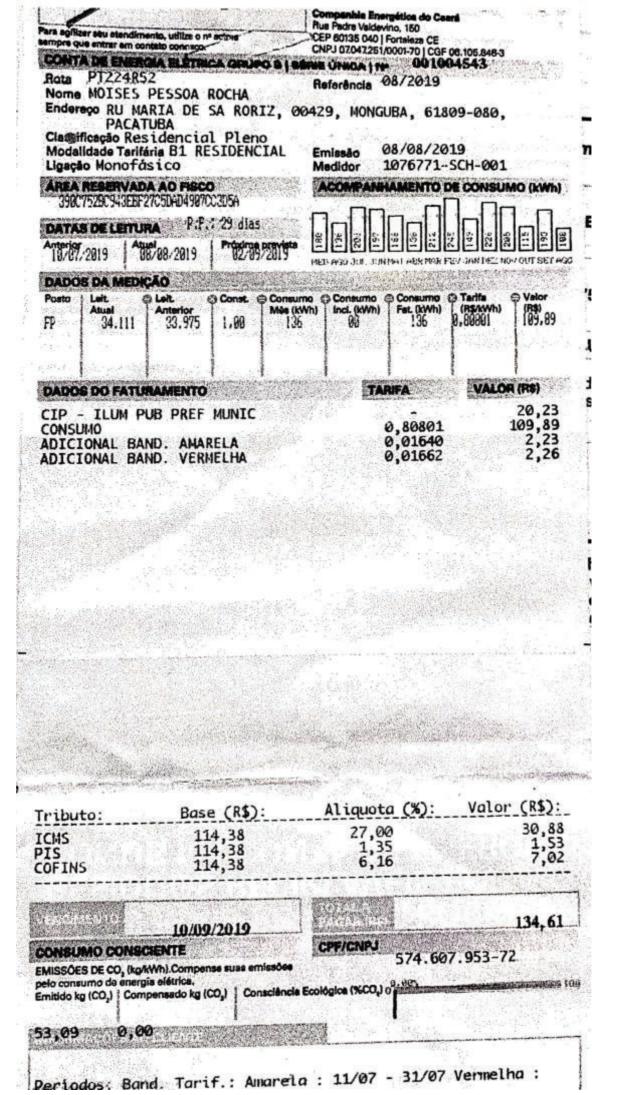
	tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNI	CIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	INVALIDEZ PERMANENTE MOF
2 - Nº do sinistro o	wast: 2:	44,507.953-72	4 - Nome complete da vitima: MOLSUS PLASOO	L'Roche
necommon proble	I D	1100	1 10 11 1 1 1 1 1	PRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/
5 - Nome comple	AND IIV CHANG IN	980 E W		554,601,953
	MOINES	Person Roch	00 Sec. 987-987-988-98	J11001100
7-Profissão	momo.	Rua Maria	de 50- Roniz.	9 40 10 - Complemento
11 - Bairro: MON	auho	12-Cidade Paccat	uba.	13 EE 14-61.809-080
15 Email:	A		vail eon.	後得野%422 33
DADOS	DSK mplug	AL (PAIS, TUTOR & CURADOR) PARA V	ITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTR	IE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
	leto do Representante Le		The same of the sa	
ZHIVIINASO DE SEXUE	SOURCE STREET OF THE STREET OF	NO.	19 - Profissão do Representa	inte Legal:
	esentante Legali		(E-91 C 25/07/05/05/07/17/	
	The second secon	residir no endereço acima informi	ado, conforme comprovante anéx	KO (ANEXAR COPIA).
20 - RENDA MEN	SAL DO TITULAR DA CONTA	RECUSO INFORMAR	R\$1.00 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 BAI	NCARIOS: BEN	EFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO 🔲 F	IEPRESENTANTE LEGAL DO BENEFIC	CIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TL
CONTA PO	UPANÇA (Somente para os t	nanos abalim. Assirale uma opção)	TCONTA CORRENTE 300	s os bancos)
☐ Bradesco	100 Sept. 100 Se	59.00	Nome do BANCO: 51	aaasa.
☐ Bancodo	Brasil (001) Caba E	Económica Federal (104)	9000	CONTA: 1004561
AGÊNCIA:	CONT) AGENCIA (2999) (8	30 mm m 30 mm m 1 mm m
7.7.117	amer o digito se existiri	(Information of the second of	(eformana dista se el cumba titularidade, o valor da Ind	lenizar Zn/reembolso do Seguro DPVAT
y que eu tiver i	direito, reconhecendo e	r na conta bancada informada, de : dando, desde já e somente apos a AUSÉNICA DE LAUDO DO IML-PREENC	- Carried and Control of the Control	DATE THE STREET STREET STREET
Não há li O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradora automotor, co Declaro que es	ML que atenda a região do aci ue atende a região do aci ue atende a região do a seguimento da análise d em a apresentação do la Euder para verificação d	o meu pedido de indenização do Se udo do IML, concordando, desde ja a exastência e quantificação das les	ealiza pericas para mis do Seguio i realiza pericias com prazo superi aguro DPVAT, por invalido; perman i, em me submeter à análise médi bes permanentes decorrentes de i	DPVAT; ou ior a 90 (noventa) dias do pedido. iente, com base na documentação médica ca presencial, caso necessário, as custos acidente de trânsito causado por viriculo, ao direito de contestar a avaliação médica, o
discorde da se	DECLARA	AÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRE	ENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE	RTURA DE MORTE
discorde do se	Draw Dr	casado (no Civil) Divorciado S	senarado ludicialmente	24 - Deta do óbito da vitima:
79 - Fstado	AND DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE PARTY	STATISTICS COVIDED TO THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE PA	The state of the s	With the second
73 - Estado civil da yitir	ma: U	27.5	And the second s	riteixou companheiro(a), informar o nome comple
23 - Estado civil da yitir 25 - Grau de Parer	ntesco cum a vitima: 26 -	V tima delxou companheiro(a):	Sim Não 27 - Se a vitima	riteixou companheiro(a), informar o nome complet tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou
73 - Estado dvil da yilir 25 - Grau de Parer 28 - Vitrna 5 tece filhos 7 1	ntesco com a vitima: 26- tim 29-Se tinha fithos, Vivos: Falecid	Vitima delxou companheiro(a): [Informar 30 - Vitima delxou Sh rasoituro (vainasser)? Na	Sim Não 27 - Se a vitima m 31 - Vitima Sim 32 - Se teve i - mãos? Não Vivos:	tinha irmãos, informar Falecidos: 33 – Vitime deixou pais/avos vivos?
75' - Estado civil da yitir 25 - Grau de Perer 28 - Vitrna Store filhos? N	ntesco cum a vitima: 26- im 29 - Se tirisia fithos, vitica Vivos: Falecid que a Seguradora tider pa stando ciente, ainda, de d	Vitima deixou companheiro(a): [Informar 30-Vitima deixou Sh naccituro (va nascet)? Na	Sim Não 27-Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se teve i-mãos? Não Vivos:	tinha irmãos, informar 33-Vitima deixou
75' - Estado civil da yitir 25 - Grau de Perer 28 - Vitrna Store filhos? N	ntesco cum a vitima: 26- im 29 - Se tirisia fithos, vitica Vivos: Falecid que a Seguradora tider pa stando ciente, ainda, de d	Vitima deixou companheiro(a): Informer 30 - Vitima deixou Sinos: Inscripto Inscripto National Sinose Politica National	Sim Não 27-Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se teve i-mãos? Não Vivos:	tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou L Falecidos: pais/avôs vivos?
75° Estado civil da yith 25 - Grau de Parer 28 - Vitrma Store Filhos? N Estou ciente de esta condição, el responsabilidade 34	ntesco cum a vitima: 26- ilim 29 - Se tirina lithos, ilim Vivos: Falecid c.e. a Seguradoru tider pa stando ciente, ainda, de q e crimina por infração do	Vitima deixou companheiro(a): Informer 30 - Vitima deixou Sinos: Inscripto Inscripto National Sinose Politica National	Sim Não 27 - Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. g 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. y Vivos: Seguro DPVAT por morte àque les binão verdadeira poderá gerar a obrig	tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou L Falecidos: pais/avôs vivos?
75° Estado civil da yith 25 - Grau de Parer 28 - Vitrma Steve Filhos? N Estou ciente de esta condição, el responsabilidade 34	ntesco cum a vitima: 26- ilim 29 - Se tirina lithos, ilim Vivos: Falecid c.e. a Seguradoru tider pa stando ciente, ainda, de q e crimina por infração do	Vitima delxou companheiro(a): Informar 30-Vitima delxou Sios: nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce) del vitigo 739 do Código Pena	Sim Não 27 - Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. p teve i mãos? Não Vivos: Seguro DPVAT por marte àqueles braño verdadeira poderá garar a obcis 38 - 1º Nome: CPF:	tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou L Falecidos: pais/avôs vivos?
75° Estado divil da yith 25 - Grau de Parer 28 - Vitrma Stove filhos? N Estou ciente de esta condição, el responsabilidada de digral da digral da	ntesco cum a vitima: 25- ilim 29 - Se tinha filhos, ilin Vivos: Falecid que a Seguradora Lider pa stando ciente, ainda, de q e crimina por infração do 35 - Nome legivel de	Vitima delxou companheiro(a): Informar 30-Vitima delxou Sios: nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce) del vitigo 739 do Código Pena	Sim Não 27 - Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. p teve i mãos? Não Vivos: Seguro DPVAT por marte àqueles braño verdadeira poderá garar a obcis 38 - 1º Nome: CPF:	tinha irmãos, informar 33 - Vitims deixou pais/avôs vivos? pais/avôs vivos? eneficiários que se apresentarem e provarem eacão de ressarcir o valor recebido, além da
25 - Estado civil da yitin 25 - Grau de Parer 28 - Vitrna Store filhos 7 N Estou ciento de esta condição, el esta condição, el esta condição de esta condição d	ntesco cum a vitima: 25- ilim 29 - Se tinha fithos, vivos: Falecid que a Seguradoru Lider pa stando ciente, ainda, de q e crimina: por infração do 35 - Nome legivel do 36 - CPF legível de q	Vitima delxou companheiro(a): Informar 30-Vitima delxou Sinos: Inscrizió (anasoa) Razara, caso devida, a inden zação do ue qualquer ornissão ou declaração derigo 799 do Codigo Pena. quem assina a pedido (a rogo) uem assina a pedido (a rogo)	Sim Não 27-Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. seguro DPVAT por morte aqueles binão verdadeira poderá gerar a obtis 38 - 1ª Nome: CPF: As: 39 - 2ª Nome: CPF:	tinha irmãos, informar 33 - Vitims deixou pais/avôs vivos? pais/avôs vivos? eneficiários que se apresentarem e provarem eacão de ressarcir o valor recebido, além da

	tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNI	CIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	INVALIDEZ PERMANENTE MOF
2 - Nº do sinistro o	wast: 2:	44,507.953-72	4 - Nome complete da vitima: MOLSUS PLASOO	L'Roche
necommon proble	I D	1100	1 10 11 1 1 1 1 1	PRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/
5 - Nome comple	AND IIV CHANG IN	980 E W		554,601,953
	MOINES	Person Roch	00 Sec. 987-987-988-98	J11001100
7-Profissão	momo.	Rua Maria	de 50- Roniz.	9 40 10 - Complemento
11 - Bairro: MON	auho	12-Cidade Paccat	uba.	13 EE 14-61.809-080
15 Email:	A		vail eon.	後得野%422 33
DADOS	DSK mplug	AL (PAIS, TUTOR & CURADOR) PARA V	ITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTR	IE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
	leto do Representante Le		The same of the sa	
ZHIVIINASO DE SEXUE	SOURCE STREET OF THE STREET OF	NO.	19 - Profissão do Representa	inte Legal:
	esentante Legali		(E-91 C 25/07/05/05/07/17/	
	The second secon	residir no endereço acima informi	ado, conforme comprovante anéx	KO (ANEXAR COPIA).
20 - RENDA MEN	SAL DO TITULAR DA CONTA	RECUSO INFORMAR	R\$1.00 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 BAI	NCARIOS: BEN	EFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO 🔲 F	IEPRESENTANTE LEGAL DO BENEFIC	CIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TL
CONTA PO	UPANÇA (Somente para os t	aanoos abalun. Assinale uma opção)	TCONTA CORRENTE 300	s os bancos)
☐ Bradesco	100 Sept. 100 Se	59.00	Nome do BANCO: 51	aaasa.
☐ Bancodo	Brasil (001) Caba E	Económica Federal (104)	9000	CONTA: 1004561
AGÊNCIA:	CONT) AGENCIA (2999) (8	30 mm m 30 mm m 1 mm m
7.7.117	amer o digito se existiri	(Information of the second of	(eformana dista se el cumba titularidade, o valor da Ind	lenizar Zn/reembolso do Seguro DPVAT
y que eu tiver i	direito, reconhecendo e	r na conta bancada informada, de : dando, desde já e somente apos a AUSÉNICA DE LAUDO DO IML-PREENC	- Carried and Control of the Control	DATE THE STREET STREET STREET
Não há li O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradora automotor, co Declaro que es	ML que atenda a região do aci ue atende a região do aci ue atende a região do a seguimento da análise d em a apresentação do la Euder para verificação d	o meu pedido de indenização do Se udo do IML, concordando, desde ja a exastência e quantificação das les	ealiza pericas para mis do Seguio i realiza pericias com prazo superi aguro DPVAT, por invalido; perman i, em me submeter à análise médi bes permanentes decorrentes de i	DPVAT; ou ior a 90 (noventa) dias do pedido. iente, com base na documentação médica ca presencial, caso necessário, as custos acidente de trânsito causado por viriculo, ao direito de contestar a avaliação médica, o
discorde da se	DECLARA	AÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRE	ENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE	RTURA DE MORTE
discorde do se	Draw Dr	casado (no Civil) Divorciado S	senarado ludicialmente	24 - Deta do óbito da vitima:
79 - Fstado	AND DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE PARTY	STATISTICS COVIDED TO THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE PA	The state of the s	With the second
73 - Estado civil da yitir	ma: U	27.5	And the second s	riteixou companheiro(a), informar o nome comple
23 - Estado civil da yitir 25 - Grau de Parer	ntesco cum a vitima: 26 -	V tima delxou companheiro(a):	Sim Não 27 - Se a vitima	riteixou companheiro(a), informar o nome complet tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou
73 - Estado dvil da yilir 25 - Grau de Parer 28 - Vitrna 5 tace filhos 7 1	ntesco com a vitima: 26- tim 29-Se tinha fithos, Vivos: Falecid	Vitima delxou companheiro(a): [Informar 30 - Vitima delxou Sh rasoituro (vainasser)? Na	Sim Não 27 - Se a vitima m 31 - Vitima Sim 32 - Se teve i - mãos? Não Vivos:	tinha irmãos, informar Falecidos: 33 – Vitime deixou pais/avos vivos?
75' - Estado civil da yitir 25 - Grau de Perer 28 - Vitrna Store filhos? N	ntesco cum a vitima: 26- im 29 - Se tirisia fithos, vitica Vivos: Falecid que a Seguradora tider pa stando ciente, ainda, de d	Vitima deixou companheiro(a): [Informar 30-Vitima deixou Sh naccituro (va nascet)? Na	Sim Não 27-Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se teve i-mãos? Não Vivos:	tinha irmãos, informar 33-Vitima deixou
75' - Estado civil da yitir 25 - Grau de Perer 28 - Vitrna Store filhos? N	ntesco cum a vitima: 26- im 29 - Se tirisia fithos, vitica Vivos: Falecid que a Seguradora tider pa stando ciente, ainda, de d	Vitima deixou companheiro(a): Informer 30 - Vitima deixou Sinos: Inscripto Inscripto National Sinose Politica National	Sim Não 27-Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se teve i-mãos? Não Vivos:	tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou L Falecidos: pais/avôs vivos?
75° Estado civil da yith 25 - Grau de Parer 28 - Vitrma Store Filhos? N Estou ciente de esta condição, el responsabilidade 34	ntesco cum a vitima: 26- ilim 29 - Se tirina lithos, ilim Vivos: Falecid c.e. a Seguradoru tider pa stando ciente, ainda, de q e crimina por infração do	Vitima deixou companheiro(a): Informer 30 - Vitima deixou Sinos: Inscripto Inscripto National Sinose Politica National	Sim Não 27 - Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. g 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. y Vivos: Seguro DPVAT por morte àque les binão verdadeira poderá gerar a obrig	tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou L Falecidos: pais/avôs vivos?
75° Estado civil da yith 25 - Grau de Parer 28 - Vitrma Steve Filhos? N Estou ciente de esta condição, el responsabilidade 34	ntesco cum a vitima: 26- ilim 29 - Se tirina lithos, ilim Vivos: Falecid c.e. a Seguradoru tider pa stando ciente, ainda, de q e crimina por infração do	Vitima delxou companheiro(a): Informar 30-Vitima delxou Sios: nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce) del vitigo 739 do Código Pena	Sim Não 27 - Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. p teve i mãos? Não Vivos: Seguro DPVAT por marte àqueles braño verdadeira poderá garar a obcis 38 - 1º Nome: CPF:	tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou L Falecidos: pais/avôs vivos?
75° Estado divil da yith 25 - Grau de Parer 28 - Vitrma Stove filhos? N Estou ciente de esta condição, el responsabilidada de digral da digral da	ntesco cum a vitima: 25- ilim 29 - Se tinha filhos, ilin Vivos: Falecid que a Seguradora Lider pa stando ciente, ainda, de q e crimina por infração do 35 - Nome legivel de	Vitima delxou companheiro(a): Informar 30-Vitima delxou Sios: nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce) del vitigo 739 do Código Pena	Sim Não 27 - Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. p teve i mãos? Não Vivos: Seguro DPVAT por marte àqueles braño verdadeira poderá garar a obcis 38 - 1º Nome: CPF:	tinha irmãos, informar 33 - Vitims deixou pais/avôs vivos? pais/avôs vivos? eneficiários que se apresentarem e provarem eacão de ressarcir o valor recebido, além da
25 - Estado civil da yitin 25 - Grau de Parer 28 - Vitrna Store filhos 7 N Estou ciento de esta condição, el esta condição, el esta condição de esta condição d	ntesco cum a vitima: 25- ilim 29 - Se tinha fithos, vivos: Falecid que a Seguradoru Lider pa stando ciente, ainda, de q e crimina: por infração do 35 - Nome legivel do 36 - CPF legível de q	Vitima delxou companheiro(a): Informar 30-Vitima delxou Sinos: Inscrizió (anasoa) Regará, caso devida, a inden zação do ue qualquer ornissão ou declaração derigo 799 do Codigo Pena. quem assina a pedido (a rogo) uem assina a pedido (a rogo)	Sim Não 27-Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. seguro DPVAT por morte aqueles binão verdadeira poderá gerar a obtis 38 - 1ª Nome: CPF: As: 39 - 2ª Nome: CPF:	tinha irmãos, informar 33 - Vitims deixou pais/avôs vivos? pais/avôs vivos? eneficiários que se apresentarem e provarem eacão de ressarcir o valor recebido, além da

	tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNI	CIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	INVALIDEZ PERMANENTE MOF
2 - Nº do sinistro o	wast: 2:	44,507.953-72	4 - Nome complete da vitima: MOLSUS PLASOO	L'Roche
necommon proble	I D	1100	1 10 11 1 1 1 1 1	PRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/
5 - Nome comple	AND IIV CHANG IN	980 E W		554,601,953
	MOINES	Person Roch	00 Sec. 987-987-988-98	J11001100
7-Profissão	momo.	Rua Maria	de 50- Roniz.	9 40 10 - Complemento
11 - Bairro: MON	auho	12-Cidade Paccat	uba.	13 EE 14-61.809-080
15 Email:	A		vail eon.	後得野%422 33
DADOS	DSK mplug	AL (PAIS, TUTOR & CURADOR) PARA V	ITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTR	IE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
	leto do Representante Le		The same of the sa	
ZHIVIINASO DE SEXUE	SOURCE STREET OF THE STREET OF	NO.	19 - Profissão do Representa	inte Legal:
	esentante Legali		(E-91 C 25/07/05/05/07/17/	
	The second secon	residir no endereço acima informi	ado, conforme comprovante anéx	KO (ANEXAR COPIA).
20 - RENDA MEN	SAL DO TITULAR DA CONTA	RECUSO INFORMAR	R\$1.00 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 BAI	NCARIOS: BEN	EFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO 🔲 F	IEPRESENTANTE LEGAL DO BENEFIC	CIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TL
CONTA PO	UPANÇA (Somente para os t	aanoos abalun. Assinale uma opção)	TCONTA CORRENTE 300	s os bancos)
☐ Bradesco	100 Sept. 100 Se	59.00	Nome do BANCO: 51	aaasa.
☐ Bancodo	Brasil (001) Caba E	Económica Federal (104)	9000	CONTA: 1004561
AGÊNCIA:	CONT) AGENCIA (2999) (8	30 mm m 30 mm m 1 mm m
7.7.117	amer o digito se existiri	(Information of the second of	(eformana dista se el cumba titularidade, o valor da Ind	lenizar Zn/reembolso do Seguro DPVAT
y que eu tiver i	direito, reconhecendo e	r na conta bancada informada, de : dando, desde já e somente apos a AUSÉNICA DE LAUDO DO IML-PREENC	- Carried and Control of the Control	DATE THE STREET STREET STREET
Não há li O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradora automotor, co Declaro que es	ML que atenda a região do aci ue atende a região do aci ue atende a região do a seguimento da análise d em a apresentação do la Euder para verificação d	o meu pedido de indenização do Se udo do IML, concordando, desde ja a exastência e quantificação das les	ealiza pericas para mis do Seguio i realiza pericias com prazo superi aguro DPVAT, por invalido; perman i, em me submeter à análise médi bes permanentes decorrentes de i	DPVAT; ou ior a 90 (noventa) dias do pedido. iente, com base na documentação médica ca presencial, caso necessário, as custos acidente de trânsito causado por viriculo, ao direito de contestar a avaliação médica, o
discorde da se	DECLARA	AÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRE	ENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE	RTURA DE MORTE
discorde do se	Draw Dr	casado (no Civil) Divorciado S	senarado ludicialmente	24 - Deta do óbito da vitima:
79 - Fstado	AND DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE PARTY	STATISTICS COVIDED TO THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE PA	The state of the s	With the second
73 - Estado civil da yitir	ma: U	27.5	And the second s	riteixou companheiro(a), informar o nome comple
23 - Estado civil da yitir 25 - Grau de Parer	ntesco cum a vitima: 26 -	V tima delxou companheiro(a):	Sim Não 27 - Se a vitima	riteixou companheiro(a), informar o nome complet tinha irmãos, informar 33 - Vitima deixou
73 - Estado dvil da yilir 25 - Grau de Parer 28 - Vitrna 5 tace filhos 7 1	ntesco com a vitima: 26- tim 29-Se tinha fithos, Vivos: Falecid	Vitima delxou companheiro(a): [Informar 30 - Vitima delxou Sh rasoituro (vainasser)? Na	Sim Não 27 - Se a vitima m 31 - Vitima Sim 32 - Se teve i - mãos? Não Vivos:	tinha irmãos, informar Falecidos: 33 – Vitime deixou pais/avos vivos?
75' - Estado civil da yitir 25 - Grau de Perer 28 - Vitrna Store filhos? N	ntesco cum a vitima: 26- im 29 - Se tirisia fithos, vitica Vivos: Falecid que a Seguradora tider pa stando ciente, ainda, de d	Vitima deixou companheiro(a): [Informar 30-Vitima deixou Sh naccituro (va nascet)? Na	Sim Não 27-Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se teve i-mãos? Não Vivos:	tinha irmãos, informar 33-Vitima deixou
75' - Estado civil da yitir 25 - Grau de Perer 28 - Vitrna Store filhos? N	ntesco cum a vitima: 26- im 29 - Se tirisia fithos, vitica Vivos: Falecid que a Seguradora tider pa stando ciente, ainda, de d	Vitima deixou companheiro(a): Informer 30 - Vitima deixou Sinos: Inscripto Inscripto National Sinose Politica National	Sim Não 27-Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se teve i-mãos? Não Vivos:	tinha irmãos, informar 33 - Vitims deixou L Falecidos: pais/avôs vivos?
75° Estado civil da yith 25 - Grau de Parer 28 - Vitrma Store Filhos? N Estou ciente de esta condição, el responsabilidade 34	ntesco cum a vitima: 26- ilim 29 - Se tirina lithos, ilim Vivos: Falecid c.e. a Seguradoru tider pa stando ciente, ainda, de q e crimina por infração do	Vitima deixou companheiro(a): Informer 30 - Vitima deixou Sinos: Inscripto Inscripto National Sinose Politica National	Sim Não 27 - Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. g 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. y Vivos: Seguro DPVAT por morte àque les binão verdadeira poderá gerar a obrig	tinha irmãos, informar 33 - Vitims deixou L Falecidos: pais/avôs vivos?
75° Estado civil da yith 25 - Grau de Parer 28 - Vitrma Steve Filhos? N Estou ciente de esta condição, el responsabilidade 34	ntesco cum a vitima: 26- ilim 29 - Se tirina lithos, ilim Vivos: Falecid c.e. a Seguradoru tider pa stando ciente, ainda, de q e crimina por infração do	Vitima delxou companheiro(a): Informar 30-Vitima delxou Sios: nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce)? Nacoturo (variasce) del vitigo 739 do Código Pena	Sim Não 27 - Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. p teve i mãos? Não Vivos: Seguro DPVAT por marte àqueles braño verdadeira poderá garar a obcis 38 - 1º Nome: CPF:	tinha irmãos, informar 33 - Vitims deixou L Falecidos: pais/avôs vivos?
75° Estado divil da yith 25 - Grau de Parer 28 - Vitrma Stove filhos? N Estou ciente de esta condição, el responsabilidada de digral da digral da	ntesco cum a vitima: 25- ilim 29 - Se tinha filhos, ilin Vivos: Falecid que a Seguradora Lider pa stando ciente, ainda, de q e crimina por infração do 35 - Nome legivel de	Vitima delxou companheiro(a): Informar 30-Vitima delxou Sios: nacoturo (variasce)? Nacesario, caso devido, a inden-zação do uc qualquer omissão ou declaração artigo 739 do Código Pena	Sim Não 27 - Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. p teve i mãos? Não Vivos: Seguro DPVAT por marte àqueles braño verdadeira poderá garar a obcis 38 - 1º Nome: CPF:	tinha irmãos, informar 33 - Vitims deixou pais/avôs vivos? pais/avôs vivos? eneficiários que se apresentarem e provarem eacão de ressarcir o valor recebido, além da
25 - Estado civil da yitin 25 - Grau de Parer 28 - Vitrna Store filhos 7 N Estou ciento de esta condição, el esta condição, el esta condição de esta condição d	ntesco cum a vitima: 25- ilim 29 - Se tinha fithos, vivos: Falecid que a Seguradoru Lider pa stando ciente, ainda, de q e crimina: por infração do 35 - Nome legivel do 36 - CPF legível de q	Vitima delxou companheiro(a): Informar 30-Vitima delxou Sinos: Inscrizió (anasoa) Regará, caso devida, a inden zação do ue qualquer ornissão ou declaração derigo 799 do Codigo Pena. quem assina a pedido (a rogo) uem assina a pedido (a rogo)	Sim Não 27-Se a vitima. m 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima. seguro DPVAT por morte aqueles binão verdadeira poderá gerar a obtis 38 - 1ª Nome: CPF: As: 39 - 2ª Nome: CPF:	tinha irmãos, informar 33 - Vitims deixou pais/avôs vivos? pais/avôs vivos? eneficiários que se apresentarem e provarem eacão de ressarcir o valor recebido, além da







prentura de PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVERA MESSEJANA Sect C REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA LE FESSOA ROCHA 5182389 374191 25/11/1972(40 PARDO ANOS) ADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 57480798372 MARIA LISETE PESSOA ROCHA AVENIDA MANGABEIRAS 425 SAMU USB 16 THE REPORT OF THE PARTY OF MONGUBA TATUBA CE (85) 98134-2272 OCORRÊNCIA Contract of the Contract of th CLASSIFICAÇÃO DE RISCO TRAZIDO PELO SAMU. COLISÃO MOTO X CARRO. GLASCOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM COLISAO CIUM AUTOM. PICK UP OU CAMINHON TOPNOZELO ESQUERDO. 99 (ADULTO) 02/10/201S RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SANDRÁ OLIVEIRA DA SILVA 18:35:27 AREA ATENDREMTO - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA . J 221100 () US ABDOMINAL () to CRANIO () RAIO-X () OUTROS PRESCRIÇÃO MÉDICA MADICO CANE 510 CHE 228, 176,923-91

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 46 HORAS () APÓS 48 HORAS

STINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DE MEDICO ESPECIALISTA

FOR POR SANDRO DIVERSE DE SENATURA DE MEDICO DE SENATURA DE SENATURA DE MEDICO DE SENATURA DE SENATURA DE MEDICO DE SENATURA DE SENATURA

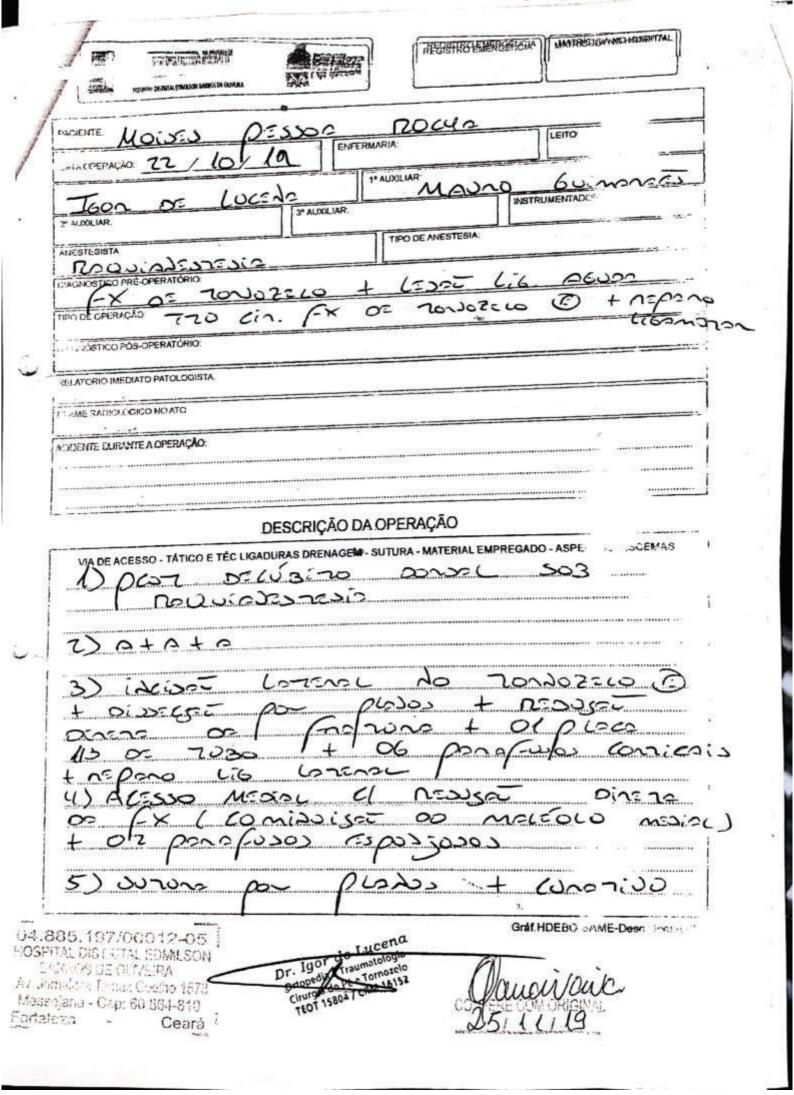
serem verdadeiras as informações aquí prestadas, agbre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Cód

Muravava

Ocucavaya 25 11 19 MOISES PESSOA ROCHA

Microsoft - Companies of the Companies o

1	
SUS Ministério Sistema Unico de Saúde Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
ldentificação do Estabelecimento d	le saúde
1 - NOUE CO ESTABELECIMENTO SOUCITANTE	2-ONEB
3 - NOAT, DOWN TO EXECUTANTE	1-CHES
- Identificação do Paciente	
5-NOME OF	E- N° PRONTUÂRIO
- Maines Panda Koche	DATA DO NASCIMENTO 7 3-SEXO
10-NOME CA MÁE OU RESPONSAVEL	1 DOD - 11 - TELEFONE DE CONTATO
THE ENGINEER (SUL NY BARRO)	Epare A III
13-MUNICIPIO DE REBIDIDADA 127	MICHAEL 16 UF 16 CEP
MATON	6411111
- 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CUNICOS JUSTIFICA	ATIVA DA INTERNAÇÃO
Frotuna exposta to	mozelo & (moledo melid
+ libela weber e)	
THE WARE	Ma 2-0-13
14-CONDE * - C. JUSTIFICAN A INTERNAÇÃO	
Vocandede de TTO	Orana a mila
Josephened Co 110	service services
19-P° ATADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE	
anamuse + K	X
FIRST LA TELLINGUES OF 21-00 10 PRINCIPAL	22- GO 10 SECUNDÁRO
24 - DESCRICÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	NTO SOLICITADO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO -
28-CLI ACA 27-CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28-DOCUI	- Kubio
TO ECILID / CIGAR ON TO 10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-1	
	ASOLICITAÇÃO 32- ASSINATURA E CARRESO DE TRANSTRO DOCTOR 15309
38 - CNPJ DA SEGURADORA	XTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)
ACIDENTE DE TRANSITO ACIDENTE DE TRANSITO 30 - CNPJ DA EMPRESA	40-CNAE EMPRESA J. J. COOR
G-VINCULO COM APREVIDÊNCIA	
EMPREGADOR AUTÓNOMO	DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEQUIRADO
AUTO	RIZAÇÃO 100 885 1900012-05 1
ALL APREVIOENCIA - 44-COO. OR	ROAD EMISSOR - 48" MAUTORIZACIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE CONTRA ELEMILISTA DE LA LEUMILISTA DE CONTRA ELEMILISTA DE CONTRA ELEMILIST
45-1. 46-N* DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL A	BARROS DE OLIVEIRA 1.1 Journalista Terraz Coelho 1578~.
47-DAIALE, MENTO 48-ASSINATURA ECARIMBO (Nº DO REGIST	жо оо соняецно)— , Maassellena - Сарт 60.854+810 ,
	Fortaleza - Ceará
(Naucu)	OWC DIBITHUEDO-DAME-AIH-88
CON THE CON OR	PA'
25/11/	19





SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE DLIVEIRA



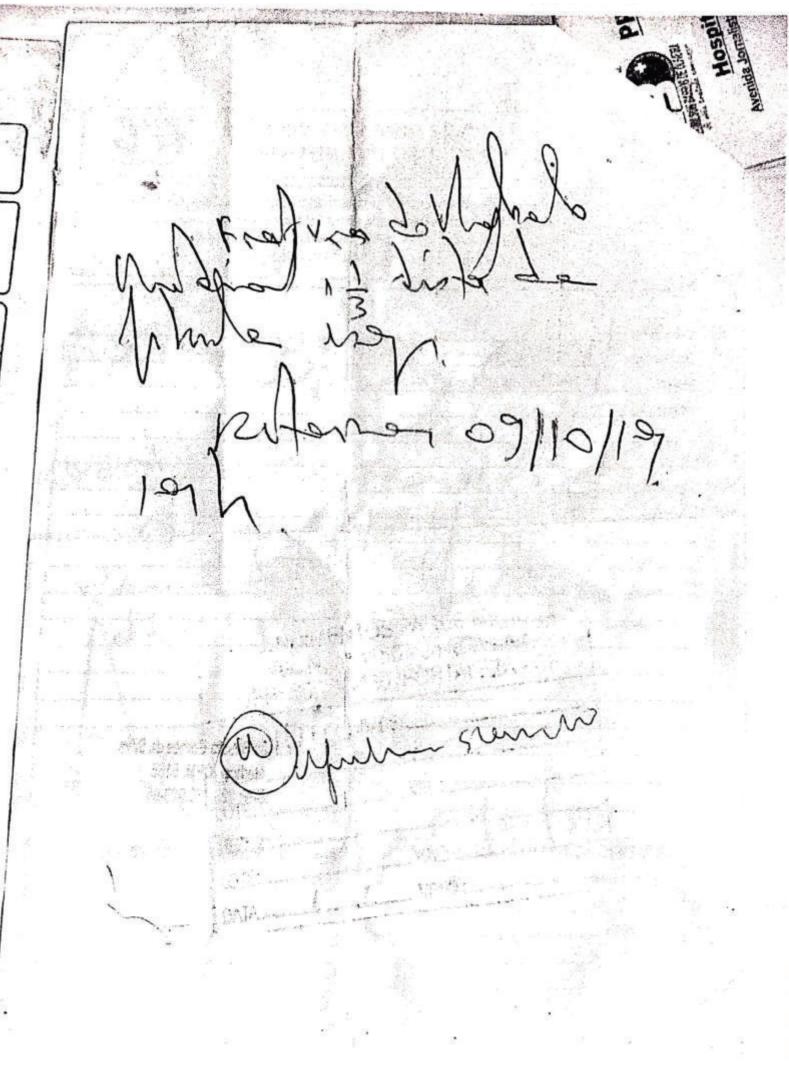
<u> </u>	RELATÓF	RIO DE ALTA	134
PACIENTE (MOTH)		
PROMUÁRIO	UNIDACE	ENFERMARIA	(41)
INICIO DE TRATAMENTO	23/10/19	DAFA DO REJORN	D Har
1.4-0	RESUMO DA H	HISTÓRIA CLÍNICA 37	at /a
	Ofwah Jeh	In Lyon	Ŋ'
	1 A DIAGN	ÓSTICOS	
FRINCIPAL XX	ou le tometo	18217	
ACESSÓRIO 1			
ACESSÓRIO 2			
+ XAMES ESPECIAIS REALIZAD	os - v		Comment of State (State
	* A		
	TRATAMENTO CLÍNICO	OU CIRÚRGICO REALIZAD	00
- =	Cimp		
	TERAPÉUTICA	A APÓS A ALTA	
	ANH +	el &	7.
	RING Y	Contraction of the contraction o	7.
CONDIÇÕES DA ALTA:	CURADO MELI	HORADO PIORADO	ÓBTOS OUTROS
	OUTRAS RECO	OMENDAÇÕES	
DATA.		CARIMBO E	ASSINATURA DO MÉDICO
. 44	2 14		. /

ECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA,- SE

aciente:	OSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA sidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810 Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23	21
ndereço:	ONA HOO D'A	į.
airro:	Cot on Coly	•
rescrição 📗	Folie:	-
	1.024	
(all)		
into	MX/N= JOOR - A	10-
===		- ash
A .	1 20 61 6h	# I-v '2
7	129.61	
- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
JW /	12000 m = 600 Not	
Jew J	1000 - 600 V	S
700	151121 10000-121121	S
700	121121 1000-600000000000000000000000000000000	A
700	2 / Carp 121121	15
7.00	151121 Par 1000	A
7.00	Dr. João Batista Gomes da Silva	A
7.00	Dr. João Batista Gomes da Silva Médico - CRM: 5165	A
7021	Medico-CRM-5165	A
DZ ENTIFICAÇÃO	Medico - CRM: 5165 / CPF: 228.775.928-91	
DZ ENTIFICAÇÃO me Campleto	Medico - CRM: 5165 / CPF: 228.775.928-91	
me Campleto	DO COMPRADOR IDENTIFICAÇÃO DO FORNEC	
me Campleto	DO COMPRADOR IDENTIFICAÇÃO DO FORNEC	
me Campleto	DO COMPRADOR IDENTIFICAÇÃO DO FORNEC	





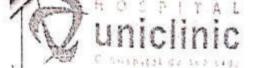
RECEITUARIO DE CONTROLE ESPECIAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira venida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - CNPJ; 04.885,197/0012-05 - Messejana - 85 - 3105.1560 Fone: RESCRIÇÃO: Uso Exclusivo do HDEBO - Messejana. 23/10/1

ome Completo	AÇÃO DO COMPRADOR
lentificação rgão Emissor	
dado	UF
enotele	
Wa Jo Fac.	i la / 2ª Via do Paci

IDENTIF	ICAÇÃO DO FO	RNECEDOR
	Karadi La	
ss. do Far	macēutico:	



FICHA DE ATENDIMENTO

Prontuário

Val.Carteira

Identidade

Idade

Fono

Bairro

Alendimento

Paciente

Moises Pessoa Rocha

Segurado

Moises Pessoa Rocha

Convênio

PARTICULAR

Piano

PARTICULAR

Matricula

Sator

Atendente

Especialidade Traumatología

Classificação Consulta

Cartão Saúde

Enderaço

MARIA DE SA RORIZ . 429

Complemento

Cidade

1555771661 MONGUBA

46 anos e 11 meses

30140947 85117132

Maracanau

Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Medico/C.d

Tacito Yuri Melo Ramos de Lima

Data

04/11/2019 - Segunda-feira

Hora

13:47:04

Queixa Principal DORES NO TORNOZELO ESQ

Emergencia-Pronto Socorro

Ennayle Galdino de Menezos

HDA

PROCEDIMENTO

DIAGNOSTICO

raumatologia

Dr. Tacito Yuri Melo Ramos de Lima (CRM 14108)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

)5.867.015/0001.75 ÃO DAS GLINICAS DO CEARÁ LTDA. Av Aguanambi, 332 Fáti -1 - CEP 60.055-402 taleza - Ceará



ciente:

Molses Pessoa Rocha

ontuário: endimento:

170886

1.614.045

04/11/2019

ta Exame: licitante:

Tacito Yuri Melo Ramos de

Convenio:

Sexo:

PARTICULAR

Idade:

46a 11m 10d

Prescrição:

X TORNOZELO ESQUERDO AP/P

AUDO:

raturas da fibula distal e maléolo medial do tornozelo esquerdo, com presença de material de síntese. sporão ósseo calcaneano plantar e posterior.

°.INC.....[02]

Dr. Vanor Cruz CPF 026244513-15 CREMEC 2080

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - Fortaleza/CE CEP: 60.055-402 Fone: (85) 3311.6000

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA " none Person ! REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA PESSOA ROCHA DADOS PESSOAIS 5182389 374191 25/11/1972(46 M PARDO CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 57460795372 ANOS) MARIA LISETE PESSOA T- WOMENEL AVENIDA MANGABEIRAS 425 SAMU USB 16 MONGUBA (85) 98134-2272 CATUBA CE OCORRENCIA TO CORRESCOVIRGORA CRIEDADOS DO ACCESTO CLASSIFICAÇÃO DE MISCO TRAZIDO PELO SAMU, COLISÃO MOTO X CARRO. O ASCOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM COUSAO C/UM AUTOM. PICK UP OU CAMINHONE 99 (ADULTO) SRIAUS VITAIS 97% ATURN C NEGA RESPONSAVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SANDRA OLIVEIRA DA SILVA 02/10/201S 18:35:27 AREA ATENDRIENTO 12 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA Veo HC () SU () US ABDOMINAL) TE CRANIO () RAIO-X () OUTROS This Buttata Gomes da Silv PRESCRUÇÃO MÉDICA Medico CRM: 518 CHE 228, 175,923-91 hatologic Cakette. TIPO DE ALTAVIANDA) DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS ESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL. CARLED E ASSINATORA DO MEDICO ESPECIALISTA 200 por Sandra Oliveira da Silva em 02/10/2019 18:35:27 serem verdadeiras as informações aqui prestadas, agib mo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Cód ; JANO Judovakonio

Scanned by CamScanner

Ceará

MOISES PESSOA ROCHA

104.885.197/00012-05 { LIOSPITAL DISTRITAL COMESON ENVELOR DE OLIVEIRA Av. Jornalista fornaz Coelho 1500 Messelana - Cep: 60.864-810

(Fortaleza

ortaleza	PREFEITURA MUNICIPA SECRETARIA MUNICI HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BAR		NA S	ko(C
<u></u>	REGISTRO DE ATENDIMENTO EME	RGENCIA	*	0) -
C-ANTE	S DADOS PESSOAN		1 1/200	T
S FESSOA ROCHA			PRONTUÁNO 5182389	374191
		25/11/1972(46	MEXO	PARDO
TRO DE PESSOA FÍSICA ((CPF): 57A60796372	ANOS)	MARIA LIS ROCHA	SETE PESSO
CRISINEL		AVENIDA MANG	ABEIRAS 425 S	IAMU USB 16
UBA	CE	HONGUBA		
		(85) 98134-2272		
COSTS CONTRACTOR OF THE COSTS	DOCUMENTS.			
DO PELO SAMU, COLISÃO	MOTO X CARRO, GLASCOW 15, EDEMA E LACERAÇÃO EM	COLISAO CAUM A		D CALCAMIN
OZELO EBQUERDO.	TOTO X CARGO, GENEROLY IV. EDEMA E ENCERNING EM	COLISAO CAM		
	BRIGAS VITAIS		99 (ADULT	0)
W. N 11. 150 -	INCESSAS ANTENDE.	37%	92	NI
LAX -	NEGA			
E E	RESPONSAVEL PELA CLASSPICAÇÃO SANDRA OLIVEIRA DA SILVA			02/10/2019 18:38:27
MERGENCIA TRAUNATOLO	OGICA ATEMOMENTO MERICO	11/2	1 100	
La ce	Report Thomas	THE WAY	PAP THE	17:+1 17:10
:0	A (MA)	COST MINISTERNIO	ČC	/
() SU () US ABDOI	MINAL () TECRANIO () RAIO-X	() OUTRO	•	
	РИЕВІСИБÃО МЁГІСА		Comes da	Silva
	MEDICAMENTO	National States	- 100	MERWAÇUES
11 1. 11	as () Aller	Wo	228,175.923-9	1/
F. 10 00	(5) po old		71	/
		1.0151		100.51
1		ngh su		1
	0.4	4.1		1

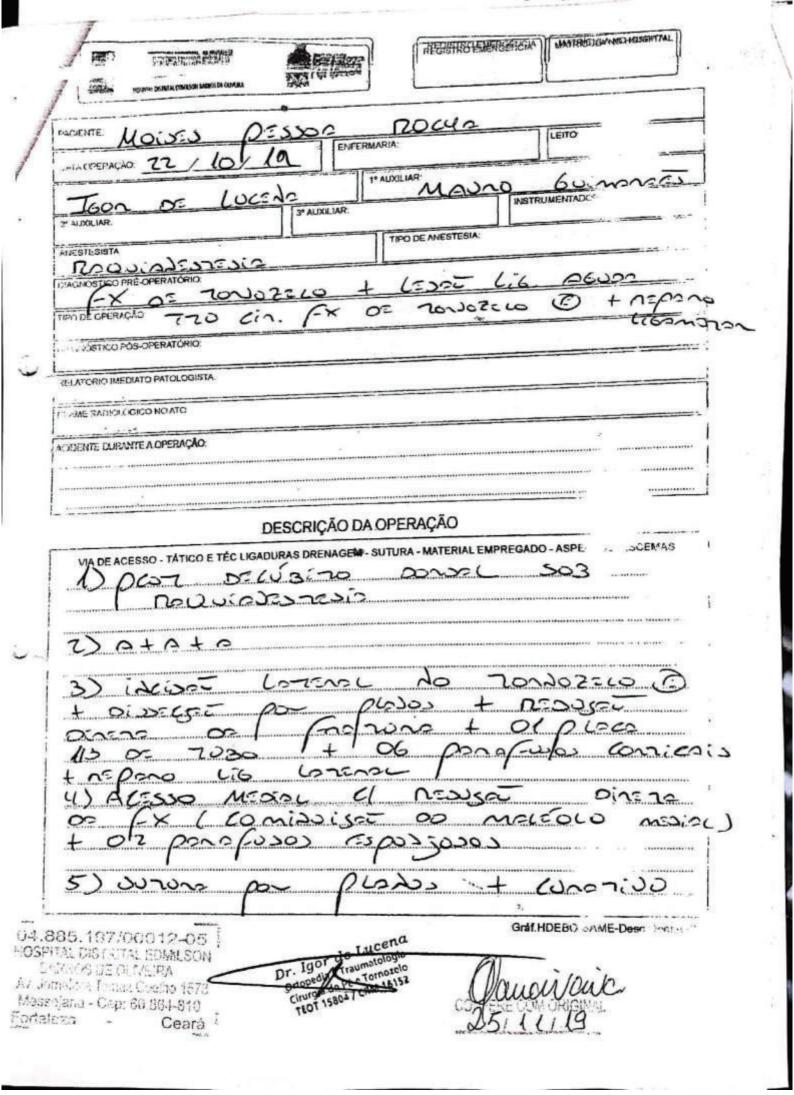
ras por Sandra Oliveira da Silva em 02/10/2019 18:35:27 Serem verdadeiras as informações aqui prestadas, açõ

MOISES PESSOA ROCHA

10 (885. 107/00) 12-05] 08/07/10 10 13-64 (MM/SFC) 08/07/10 13-64 (MM/SFC)

All dejant - dept shiftee of t thatevery — Great

1	
SUS Ministério Sistema Unico de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃ DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de	e saúde
1- NOME CO ESTABLECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
3 - NOAT 2011 ZCHENTO EXECUTANTE	1- CNES
- Identificação do Paciente	
Maire Pensa Rocha	S- Nº PRONTUÂRIO
7-CAPTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	B- SEXO
10-NOME CA MÁE OU RESPONSÁVEL	DOD - 11 - TELEFONE DE CONTATO
12 BNESTECO (BLA N. BARREO)	PARLA
13- HUNCIPO DE PERIODICIA	14 - COO 1836 MINOC 15-UF 16 - CEP
- PHYTAL	64111111
- 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICA	TIVA DA INTERNAÇÃO
Fratura exposta dos	mozelo & (moledo medica
+ libela weber e)	ha 10 die
15- CONER TO C. RISTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Maandade de TTO	Oxan A my d
Commercial Co 110	et and species
19 - P° J.TADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE	
arrannose + R	×.
Frederica terregelo () 21-00 10 PRINCIPAL.	22- QD 10 SECURIDARD
— эм - обясиясью по неосерименто восистыме. PROCEDIMEN	ITO SOLICITADO 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO -
28-CU JOA 27-CABATER DA INTERNAÇÃO 28-DOCUM	
10 Eliter Journey	The state of the s
Tacte hui melo 14110	1 110 1 - 120
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EX	TERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCES)
ACCIDENTE DE TRUNSITO ACCIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 30-CNPJ DA EMPRESA	40-CHAE EMPRESA AL-COOR
TOTAL OF THE STANDART OF THE S	11111
E-VINCULO COMAPREVIDENCIA EMPREGADOR AUTÓNOMO AUTÓNOMO	DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO
AUTOE	RIZAÇÃO
44-COD OR	GAO EMISSOR 49" MAUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45-1. 46-Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONALAI	PARROS DE OLIVEIRA L L L L As Johnstista Terrioz Costa 1575
47- DAIAU. MENTO 48- ASSINATURA ECARIMBIO (Nº DO RECISTA	
	Lindaleza - Ceará
The same of the sa	(null)
Janen	MGIM'S DIET. HDEDO-DAME-AIH-888
25/11/1	19





SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE DLIVEIRA



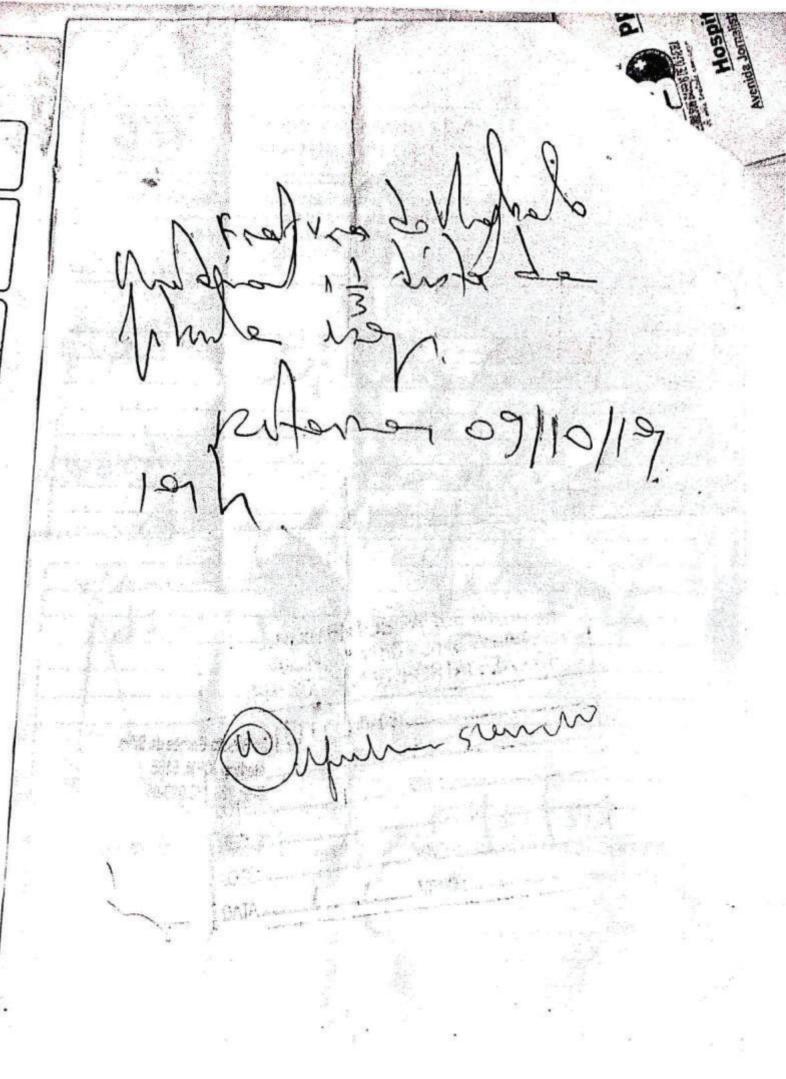
<u></u>	RELATÓF	RIO DE ALTA	74.598	L	34
ACHENTE (MOTEN)	7.5				
PROMUARIO	BGADINU	ENF	ERMARIA	1	<u> Eno</u>
A valeura	DATA DA ALTA	DAFAC	PRETORNO	WEDICO!	CARA RETORN
INICIO CIPITRATAMENTO	23/10/19	11 40	110	1 DJ	900
	RESUMO DA H	HISTÓRIA CLÍNI	CA 9301	774	
iei					6
6	1.1 0 6	N. Por			
V	Juan Jeh	Fr Ala			
	Ñ.				
	A DIAGN	ÓSTICOS			
RINCIPAL THE	11	day.			
CESSÓRIO 1					-
CESSÓRIO 2					
XAMES ESPECIAIS REALIZADOS				ar of Victoria	
	to				
	S				
		au apúnaca n	EALIZADO.		
Tf	RATAMENTO CLÍNICO	OU CIRURGICO R	EALIZADO	-	-
	Druss				
	amp				
	13.				
	TERAPÉUTICA	A APÓS A ALTA			****
	ANH &	016			٠.
	BILLY V	C. Vintamita	Carlo.		- cau
NDIÇÕES DA ALTA:	CURADO MELI	HORADO PIO	ORADO []	BTOS [OUTROS
		OMENDAÇÕES			
DATA.		CAI	RIMBO E ASSINA	ATUR DO ME	DICO

ECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

	10000	a e Silva, 1578 5) 3105.1560 - 0	- Bairro Messe CNPJ; 07.835.		260.864 - 23	810	- Spe-
Paciente:			\overline{j}	-	107	1975	7
indereço:	LALA!				():	A	A Comment
airro:	e Com	PL	ere	0	4	Th	
rescrição	100	JUR	<u>~ - ∧</u>	CFOCE:	100	- 13	1
N .	1		-11		á.,		
0	X	<u> </u>	See	Line y		PE F	
JI	1/2	1 A	12,2		\$100	1	19.12
17	-·\ \^\	TACA	200m	14.1	1	- 40	300
100	تمو	7/1-6		Only I	. 1	1	4
A 1			Y	6	10	K	-
-100	17/1	410	.gra	7		10 10	
4 401	1	3 1h	= 600	Not	U 5/274	,	
				A. Marian			
Tor		V/	i Res	7			X
Tou	200	~//	Ja	1	21	21	*
Tou	sto.	_ // (Jac.	1	21	21	A
Tou	20	~ ¹ /(Jac.	1	21	21	A
700	2 -	~ ¹ /(2~4 ∴	7	21	21	A
70-	2 0	~\/\c	2~Q	7	21	71	A
7.	2 0	~ ^V /(2 Y	Or. João Ba	Z 1	2 L	\(\rightarrow\)
700	11.1	~\/\(\)	2 Y	Medic	XO-CRM:	165 /	
700	1101	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	2 Y	Medic	2 1 ista Gom 20 - CRM: 228.775.9	165 /	
O Z ENTIFICAÇÃ	DO COMP	PRADOR		CPF: 2	20-CRM:	3-91	\pm
	DO COMP			CPF: 2	20-CRM:	3-91	
me Campleto.				Medic	20-CRM:	3-91	\pm
me Campleto				CPF: 2	20-CRM:	3-91	
mificação:				CPF: 2	20-CRM:	3-91	\pm
me Campleto.			IDENTI	CPF: 2	28.775.9 O DO F	ORNEC	\pm





RECEITUARIO DE CONTROLE ESPECIAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



. A SECRETÁRI	A DE SACIDE
'aciente: Worder Poets	R FOCHO.
ind: 9. Celaufoxuza	965
iairro Jaco ful	Fone:
RESCRIÇÃO:	10.
Cefalixina Va	e - 40 cag
	70 DA A 178
Jul July	w a 0165
- andina low	
- quifter just	
mue land	mt W de 12/92)
The tuy	7101
and the second s	7
Jack Luy	
1850	
12800 1000 Carson	
1880 Tasiro Castro Ca Castro Castro C	22.10.11
Paulo de Castrola Octobre de	23/10/14
Tasco Ta	23/10/
Tasso	materia escribir de la companya de A
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:	23/0 /
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; ome Completo	materia escribir de la companya de A
ome Completo	materia escribir de la companya de A
entificação.	materia escribir de la companya de A
ome Completo	materia escribir de la companya de A



FICHA DE ATENDIMENTO

Atendimento

Paciente

Moises Pessoa Rocha

Segurado

Moises Pessoa Rocha

Convênio Plano

PARTICULAR

Matricula

PARTICULAR

Cartão Saúde

Enderece

MARIA DE SA RORIZ , 429

Complemento

Fone Val.Carteira

Idade

Identidade

Prontuário

1555771661

MONGUEA

Bairro Cidade

Maraganau

46 anos e 11 meses

30140947 85117132

Sexo

Masculina

ATENDIMENTO ATUAL

Emergencia-Pronto Socorro

Atendente

Ennayle Galdino de Menezos

Especialidade Traumatologia

Classificação Consulta

Medico/C.d

Tacilo Yuri Melo Ramos do Lima

Data

04/11/2019 - Segunda-feira

Hora

13:47:04

Queixa Principal DORES NO TORNOZELO ESQ HDA PROCEDIMENTO

DIAGNOSTICO

raumatologia

Dr. Tacito Yuri Melo Ramos de Lima (CRM 14108)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

5.867.015/0001.75 ÃO DAS GLINICAS DO CEARÁ LTDA. Av Aguanambi, 332 Fáti -1 - CEP 60.055-402 taleza - Cenrá



ciente :

Moises Pessoa Rocha

intuário:

170886

1.614.045 endimento: ta Exame:

04/11/2019

licitante:

Tacito Yurl Melo Ramos de

Sexo:

Convenio:

PARTICULAR

Idade:

46a 11m 10d

Prescrição:

2167880

X TORNOZELO ESQUERDO AP/P

AUDO:

raturas da fíbula distal e maléolo medial do tornozelo esquerdo, com presença de material de síntese. sporão ósseo calcaneano plantar e posterior.

°.INC.....[02]

Dr. Vanor Cruz CPF 026244513-15 CREMEC 2080

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - Fortaleza/CE CEP: 60.055-402 Fone: (85) 3311.6000

7	HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARR			
	REGISTRO DE ATENDIMENTO EME	RGENCIA	6	
ALE PESSOA ROCHA	政 DADOS PERSONS		T NF OR	
2 1 1 1 1 1		1 NUCCESANO	PROVIDENCE 5182389	37419
ASTPO DE DECENA MANA		28/11/1972(46 ANOS)	M M	PARD
ASTRO DE PESSOA FÍSICA (CF	PF): 57A60795372		MARIA LIS	ETE PES
ATUBA.		AVENIDA MANG		AMU USB
NIDBA	CE	MONGUBA CONTATO (85) 98134-2272		
OCCUPANTIAN REPORTED AND BUT AND	OCORAŽNICIA			
NOZELO ESQUERDO	CLASSIFICAÇÃO DE NISCO TO X CARRO. GLASCOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM	COLISAO C/UM A	UPPON BIOCUM	
		COLISAO GOM	99 (ADULTO	
	PRESSIO ANTERIO.	1 SUFCO		CLICENIA
WAY	NIMI ABROSA NEGA	97%	92	NI
cko E	RESPONSAVEL PELA CLASSIFICAÇÃO		-	
	SANDRA OLIVEIRA DA SILVA			ATA E HORAT AASSIFICAÇĂ
lacen	Reight of Land			02/10/20 18:35:27
locer	APEA ATENDRIENTO ATENDRIENTO MERCO READ X STENDRIENTO READ X STENDRIENTO PART VITA STENDRIENTO APPART VITA STENDRIEN	COULTROS	Apr	02/19/20 18:35:27
() SU () US ABDOMINAL	ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO ATEMOME	1) OUTROS	P + I'vi	02/19/20 18:35:27
locer	ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO ATEMOME	1) OUTROS	P + I'vi	02/19/20 18:35:27
() SU () US ABDOMINAL	ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO MEDICO ATEMOMENTO ATEMOME	1) OUTROS	Apr	02/19/20 18:35:27
() SU () US ABDOMINAL	APEA ATENDRIENTO ATENDRIENTO MEDICO ATENDRIENTO MEDICO ATENDRIENTO () TE CRANIO () RAIO-X PRESCRIÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO () PA Pul	APRILITATION OF THE PRINTS OF	P + I'vi	02/19/20 18:35:27
() SU () US ABDOMINAL	APEA ATENDRIENTO ATENDRIENTO MEDICA ATENDRIENTO MEDICA MÉDICAMENTO () RAIO-X MÉDICAMENTO () PAI PUI	CHARLES BETT	P + I'vi	02/19/20 18:35:27
() SU () US ABDOMINAL	APEA ATENDRIENTO ATENDRIENTO MEDICA PRESCRIÇÃO MEDICA MODICAMENTO () PA Particular () PA Particul	CHARLES BETT	P + I'vi	02/19/20 18:35:27
(1) SU () US ABDOMINAL	APEA ATENDRIENTO ATENDRIENTO MEDICO REAL VITA PRESCRIÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO E API DA TOTO POPULATO DE TOTO DE T	COLL PROCESSED BOTTO	7 + 12: 5 Gomes 08 5 HV 0 CAN 5 196 am 28 TTE 923-91	02/19/20 18:35:27
() SU () US ABDOMINAL	APEA ATENDRIENTO ATENDRIENTO MEDICO REAL VITA PRESCRIÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO E API DA TOTO POPULATO DE TOTO DE T	COLL PROCESSED BOTTO	7 + 12: 5 Gomes 08 5 HV 0 CAN 5 196 am 28 TTE 923-91	02/19/20 18:35:27
(1) SU () US ABDOMINAL	APEA ATENDRIENTO ATENDRIENTO INFORMAÇÃO ÓBITO: () ATENDRIENTO	COLL PROCESSED BOTTO	Sa Gomes da Silva O CANA: 5186 MARIA 228, TTE, 923-91	02/19/20 18:35:27



mois Pensa Rocha Absto pera os dandes fin que o paciente acima especuficado pei virture de acidente de motocioleta (SIC) volumbo am potune experta limbe de Tornoglo E. Foi relementisto à TTO entregreo, o qual encontra-re no momento de alta definitiva.

CFD-10:582.0

18112119

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311-6000

S FESSOA ROCHA	REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERO	BENCIA	57	
C FESSOA ROCHA	S DADOS PERSONS			
TESSON ROCHA			T N* 00	Turnone
			PROMITUANO 5182389	37419
		28/11/1972(46	MEXO	PARD
STRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 57	486706377	ANOS)	MARIA LI	SETE PES
CANAMAT . IN THE PARTY OF THE P		AVENIDA MANG	ROCHA	
		MONGUBA	ABEIRAB 425	MU USE
TUBA	CE	(85) 98134-2272		
	OCCURRÊNCIA.			_
SCORDERCECHICAGO CALIFORNIA CONTRACTOR DEL ACCIONADO	M.Concords			
	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
DO PELO SAMU. COLISÃO MOTO X OZELO EBQUERDO.	CARRO, GLASCOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM	COLIBAO CAM A		
**			99 (ADULT	0)
	PROCESSAS ARTERIAL	547%	92	NI
LAX	NVMI REPORT NEGA	97%	12	HI.
AÇÃO	PESPONALVEL MELA CLASSIFICAÇÃO SANDRA OLIVEIRA DA SR.VA			CLASSIFICATE 02/10/2
E	SANDRA OLIVEIRA DA SALVA			18:35:2
la cens	Protona Litor	32/10	2+1.	4.
TAGE () SU () US ABDOMINAL	1	COST MACCEDISTRATO	100	
() SU () US ABOOMINAL	() HE CRANIN () RAIG-X	() OUTRO!		Silva .
	MEDICAMENTO MEDICA	Notice and Assess	Comes da	MERWAÇOES
0. /	C) GEL COLL	N. W.	Sector Comes do Seco - CRM 5196 228 175.923-9	1/
· V3 Thres	3 1219	CS	- Con-	1
t. 12 ce 15	1 PO DINGO		/ /	
)	-11		
	1.31			-
	The state of the s	V.3		7
*		13		
11-1-1-1	TIPO DE ALTANADA		-	1

por Sandra Oliveira da Silve em 02/10/2019 18:35:27
Serem verdadeiras as informações agui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Cod

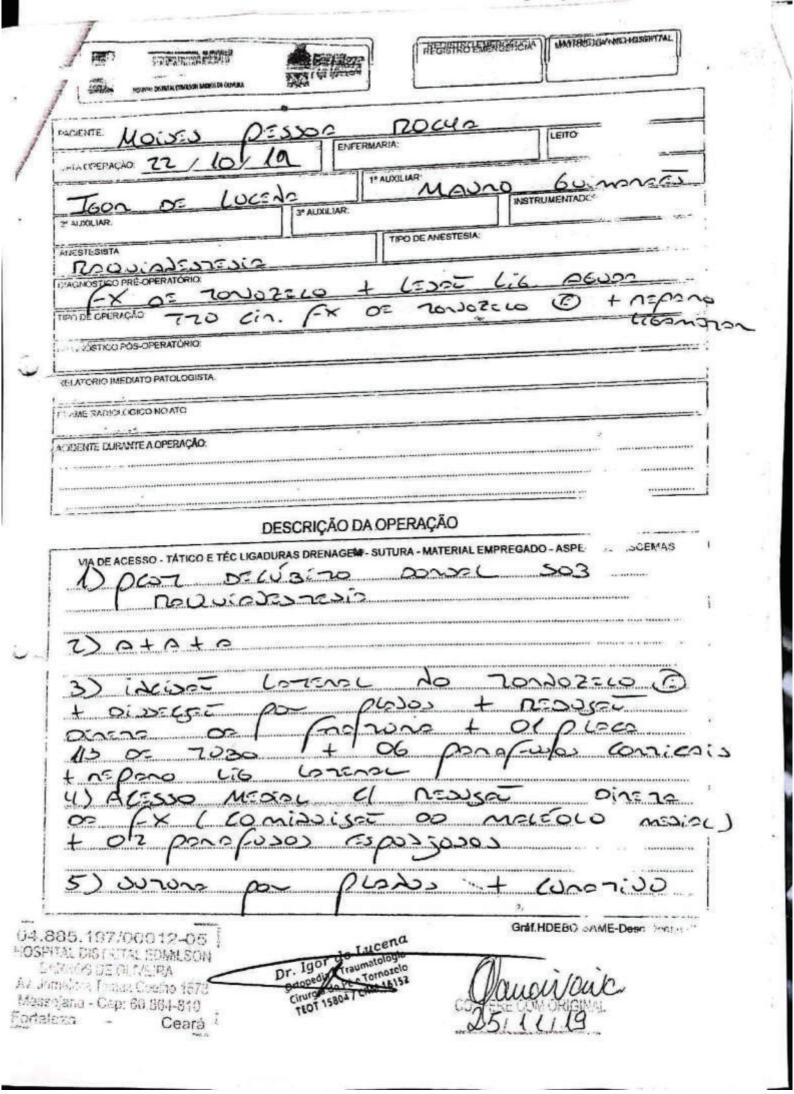
MOISES PESSOA ROCHA

CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR O

All departs copy of Albaharia temperature Copy

Janavava

SUS Ministério Sistema Único de Saúde Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento d	le saúde
1- NOME CO ESTABLECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
3 - NOME TO SECURANTE	1 - CNES
- Iden do Paciente	
Maires Prince Roche	G - Mª PRONTUARIO
7 - CARTAO NACIONAL DE SADDE (CNS)	DATA DO HASCINESTIO
MILLS WIFE PESSONS IN	POWLEA DOD- 11-TELEFONE DE CONTATO
12- ENECRECO (BLA M. BARRO)	1 Bushes.
13-MUNICIPIO DE REBIDÊNCIA	- 14 - COO, TRISE MUNAC - 15- UF - 16 - CEP
11111111	
- 17 - PRINCIPALS FINAIS E SINTOMAS CUINCOG JUSTIFICA	ATIVA DA INTERNAÇÃO
Fratura exporta dos + libila wales e)	mozelo & (moleolo medical
+ filula Weller ()	ha 10 dis
311 Sept. 1 Se	**
15-CONCE TO JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Moundade de TTO	armingico
19-PS J. TADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE	E EXAMES REALIZADOS)
anamuse + R	
Fretura terregelo (21-00 10 PRINCIPAL	22-00 19 SECUNDÁRIO 23-00 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMEN	NTO SOLICITADO
Tute ramena	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
	CPF
The same of the sa	A SOLICITAÇÃO 32- ASSINATURA E CAMADO POTA STRO DO TOTA STRONG POR 15349
	XTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)
ACIDENTE DE TRÂNSITO	
TWIDENTE DE TRABALHO TRAGETO 39-CNPJ DA EMPRESA	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
C-VINCULO COM A PREVIOENCIA EMPRESADOR AUTÓNOMO AUTÓNOMO	DESEMPRIBADO APOSENTADO NÃO SEGURADO
AUTO APREMIDÊNCIA	RIZAÇÃO ROAD EMUSOR 45 MAUTORZÁCAO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45-1. 46-Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL A	AUTORIZADO — BANGOS DE OLIVERICA
47-DAJALE, MENTO TABLASSNATURA ECARIMED (N° DO RECIST	/.x. Inmulista Terraz Godino 1578~-
	- Ceará
A. Carrier	Inula
Quicit	PIGLE DIELTO-DAME-AIH-888
74 11.	70





SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



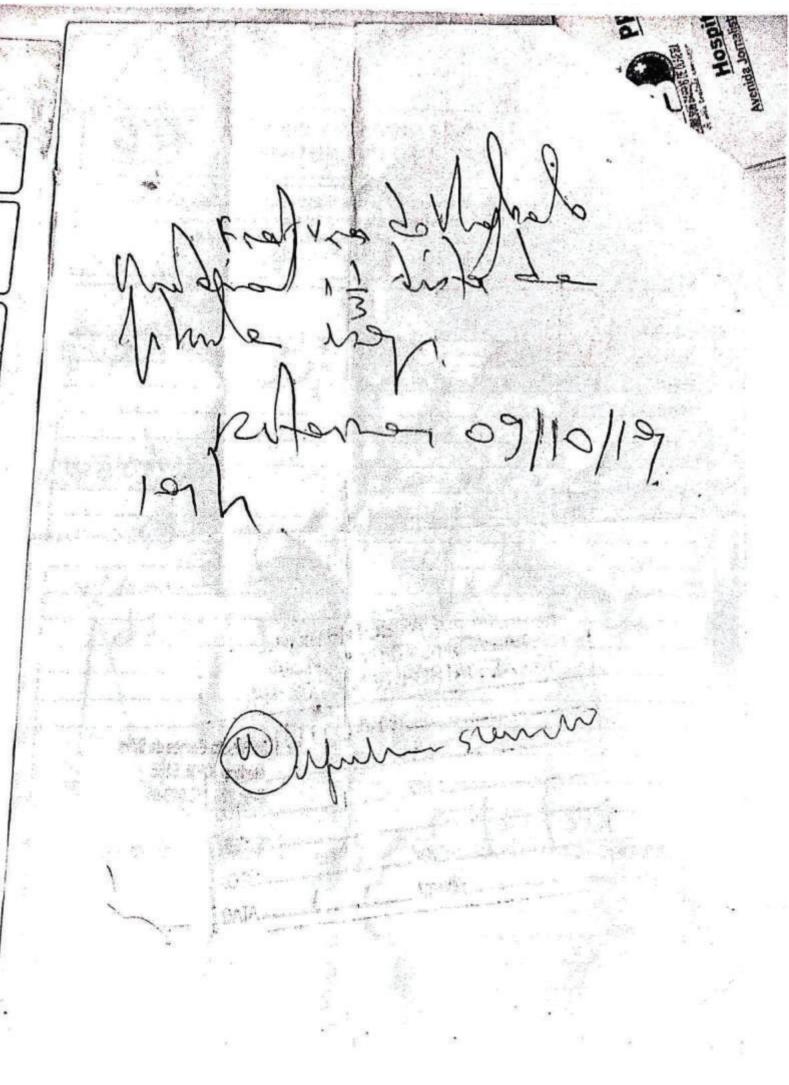
PROCEDUTARIO UNDADE ENFERMARIA PROCEDITARIANGUE PARIO DA ANTON DE CONTA DE RECORNO PRESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA 2701 PRINCEDAL ALTESÓRIO 2 LAMES ESPECIAIS REALIZADOS TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO CHUMA TERAPÉUTICA APÓS A ALTA MNH 4 MM	PRESIDENT UNDADE ENFERMARIA INICIDIENTALIBRIA RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA 2201 PRINCIPAL ALESSORIO ? LAMES ESPECIAIS REALIZADOS TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO CHUMA TERAPÉUTICA APÓS A ALTA CHUMA CHUMA TERAPÉUTICA APÓS A ALTA		RE	LATÓRIO I	DE ALTA	135	<u> </u>
PRICIO DE TRAINMENTE DIAGNATA	PRINCIPLE DISTRIBUTION DI DISTRIBUTION DI DISTRIBUTION DI	PACIENTE MONTH		*			
PRINCIPAL POLITICA PARILIPADOS PRINCIPAL POLITICA PARILIPADOS PRINCIPAL POLITICA PARILIPADOS TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO CÉPULA TERAPÉUTICA APÓS A ALTA MNH & MARCO EL PROPOSA EL POLITICA POLITICA POLITICA POS A ALTA	PRINCIPAL TRAINMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO TERAPÉUTICA APÓS A ALTA: CURADO IN MELHORADO PIORADO ÓBTOS OUTROS	V	UN	DADE	ENFERMARIA	()£11	3
Church Jah In Lyn PRINCIPAL ANGLE TO LA GENÉRALIZADOS ACESSÓRIO ? FRAMES ESPECIAIS REALIZADOS TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO CLIUM TERAPÉUTICA APÓS A ALTA MNH + M	CHURCH LA LAM DIAGNÓSTICOS PRINCIPAL TOTAL LA LEWELD ACIESSÓRIO? FAMES ESPECIAIS REALIZADOS TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO CHURCH TERAPÉUTICA APÓS A ALTA MNH + MD ONDIÇÕES DA ALTA: CURADO MELHORADO PIORADO ÓBTOS OUTROS	INICIO DO TRATAMENZA	23/1	0/10		\$ 30°	RARF TOPN
CHURCHAL AND DIAGNÓSTICOS PRINCIPAL AND IN TAMBLE ACESSÓRIO 2 FRAMES ESPECIAIS REALIZADOS TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO CHURCHAL TERAPÉUTICA APÓS A ALTA ANH A MINH A MIN	OFMORPH PAR LA LAM PRINCIPAL AND LA LEWEND ACCESSÓRIO ? FAMIES ESPECIAIS REALIZADOS TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO CLIUL TERAPÉUTICA APÓS A ALTA WILL A LAM ONDIÇÕES DA ALTA: CURADO MELHORADO PIORADO ÓBTOS OUTROS	1,7-/2	RESUN	NO DA HISTO	RIA CLÍNICA 37	at '	-/
TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO TERAPÉUTICA APÓS A ALTA MNH + Mb	PRINCIPAL ACESSÓRIO ? **LESSÓRIO ? **LAMES ESPECIAIS REALIZADOS TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO **TERAPÉUTICA APÓS A ALTA **ENNH # ** **ONDIÇÕES DA ALTA:		Quah	Jeh J	a Lan		U
ALFESÓRIO ? **EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO **TERAPÉUTICA APÓS A ALTA **ENNH** F *** **TERAPÉUTICA APÓS A ALTA **ENNH** F *** **TERAPÉUTICA APÓS A ALTA **ENNH** F *** **ENNH** F ** **ENNH** F *	ACIESSÓRIO ? **EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO **TERAPÉUTICA APÓS A ALTA **ENNH*** **ENNH**** **CONDIÇÕES DA ALTA:				icos		
TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO TERAPÉUTICA APÓS A ALTA MNH + Mb	ACESSÓRIO? F. KAMES ESPECIAIS REALIZADOS TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO TERAPÉUTICA APÓS A ALTA (N) H + (N) H ONDIÇÕES DA ALTA:	PRINCIPAL THE	may his	ala	V-		
TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO CLIU TERAPÉUTICA APÓS A ALTA MNH + MD	TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO TERAPÉUTICA APÓS A ALTA WILL F MA ONDIÇÕES DA ALTA: CURADO MELHORADO PIORADO ÓBTOS OUTROS	ACESSÓRIO 1					
TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO CHUM TERAPÉUTICA APÓS A ALTA ANH F MA	TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO CHUM TERAPÉUTICA APÓS A ALTA MNH F MD ONDIÇÕES DA ALTA: CURADO MELHORADO PIORADO ÓBTOS OUTROS	22.0750026.0000					
TERAPÉUTICA APÓS A ALTA MNH F MA	TERAPÉUTICA APÓS A ALTA MNH F MD ONDIÇÕES DA ALTA: CURADO MELHORADO PIORADO ÓBTOS COUTROS		TRATAMENTO	CLÍNICO OU CI	RÚRGICO REALIZAD	00	
ANH + MA	ONDIÇÕES DA ALTA: CURADO MELHORADO PIORADO ÓBTOS COUTROS		0.		•	100	
TO THE PART OF THE	ONDIÇÕES DA ALTA: CURADO MELHORADO PIORADO ÓBTOS COUTROS		TERA	PÊUTICA APĆ	SAALTA		
ONDIÇÕES DA ALTA: CURADO MELHORADO PIORADO ÓBTOS OUTROS			ANG	t x pl	þ		•
	OUTRAS RECOMENDAÇÕES	CONDIÇÕES DA ALTA:		17			outros
OUTRAS RECOMENDAÇÕES			OUTRA	AS RECOMEN	IDAÇOES		
DATA. CARIMBO E ASSINATUR DO MÉDICO		J 10 10	14			. /	

ECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

	Control of the Contro	Costa e Silva, 1578 e: (85) 3105.1560 -	ILSON BARROS - Bairro Messejan CNPJ: 07.835.044	C	1-810	o.
Paciente:			7	1		==
ndereço:	MOIA	1		1):	A- A	10
Bairro:	ViaC	2	Uras	14	stra	
rescrição		-1012	= -V6	eoFê:	P. F.	-
	V	-ZV	11 0			No.
(40		Land Control	
	to M-	entx	CHERT		-	2
+=	A Section of the second				- 70	orp.
No.	~~		and	61	1	
1	$-\gamma$.	- 113	.9.9	. 1	1	
-1 A	NYT	man	=600x	1	all of the	_
-	1 1 1 1 A			A COLUMN TO THE PARTY OF THE PA		C -
1 10		V 11	- 0		1 VA 1010	×-
10	20	- /	and of	121	721	*
10	20	- /	Pre	121	724	1
	9	- '/'	1 Pro	121	724	1
	0,0	- 17°	- P	121	724	
	9	~ */ ' 	Or.	Oão Batista Go	7 2 L	X 1
	9	~ */ ·	Dr.J	oão Batista Go Médico - CRM	mes da Silva	
	2/10	110	Dr.J	Medico - CRN	:5165 /	
DENTIFICA	Z/ICAO DO CO	MPRATOR		Médico-CRN CPF: 228.775	: 5155 / 928-91	
ENTIFICA	ÇÃO DO CO	oMPRADOR		Médico-CRN CPF: 228.775	: 5155 / 928-91	
ENTIFICA	ÇÃO DO CO	oMPRADOR		Médico-CRN CPF: 228.775	:5165 /	A POOR
OENTIFICA	CĀĆ DO CO	oMPRADOR		Médico-CRN CPF: 228.775	: 5155 / 928-91	OOR OOR
OENTIFICA	ÇĀÓ DO CO	oMPRADOR		Médico-CRN CPF: 228.775	: 5155 / 928-91	OOR OOR
DENTIFICA ome Campleto entificação: gão Emissor	ÇĀÓ DO CO	oMPRADOR	IDENTIFIC	Médico-CRN CPF: 228.775	5155 923-91 FORNECED	DOR DOR





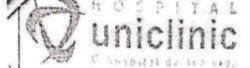
RECEITUARIO DE CONTROLE ESPECIAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; Intificação Intificação INTIPICAÇÃO DO COMPRADOR; INTIPICAÇÃO DO COMPRADOR; INTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; INTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; INTIFICAÇÃO DO FORNECEDO INTIFICAÇÃO DO FORNECEDO DO FORNECEDO INTIFICAÇÃO DO FORNECEDO DO FORNECEDO DO FORNECEDO DO FORNECEDO DO FORNECEDO	11/1- 32. 1/2010	DE SACIDE
PRESCRIÇÃO: PRESC	ind: I Way love to	985
Defall xiva 100, — 40 ceg The four 20 de 6/6 s Aufeur four Per Par Par 12/18 The four Per Par Par 12/18 IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; me Completo — IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO MITIFICAÇÃO MITIFICAÇÃO DO FORNECEDO MITIFICAÇÃO DO FORNECEDO MITIFICAÇÃO MITIFICA MITIFICAÇÃO MI	airro Joca Auto	Fone:
Defall xiva 100, — 40 ceg The four 20 de 6/6 s Aufeur four Per Par Par 12/18 The four Per Par Par 12/18 IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; me Completo — IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO MITIFICAÇÃO MITIFICAÇÃO DO FORNECEDO MITIFICAÇÃO DO FORNECEDO MITIFICAÇÃO MITIFICA MITIFICAÇÃO MI		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO Intificação	PRESCRIÇÃO:	1.000
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO Intificação	Cefalexina Vas	- 40 cg
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO Intificação	- transferre	20 AO A 168
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO Intificação	- July July	04 0/0)
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO Intificação	01.01	101
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO Intificação	gotellia 10h	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO Intificação		1 0 1 1= 102
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO Intificação	THE felly	na faller
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO Intificação	and the second s	4
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO Intificação		/
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO Intificação		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO Intificação	2950	6
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; me Completo IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO	785110 00 C85110	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDO ntificação.	O Sulo de Castro Carre Oropedia	0 - 1 - 1
ntificação	OCS JUNE ON 1985	23/10 N
ntificação	OF SanCarre Order	
ntificação	OF San Care Oros	artina era i a a a a a menere era era era era era era era era era
	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR;	
	OF San Care Oros	artina era i a a a a a menere era era era era era era era era era
ão Emissor	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR; me Completo	artina era i a a a a a menere era era era era era era era era era
	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR;	artina yr. 1 a sastro kipsatronia majoriki postaj major. A

" Via 15 Far at la / 2ª Via do Pacis

1		
1		
and the second		
Ass. do Far	macêutico:	
Data:	1	
A		



FICHA DE ATENDIMENTO

Prontuário

Val.Carteira

Identidade

Idade

Fono

Bairro

Alendimento

Paciente

Moisos Pessoa Rocha

Segurado

Moises Pessoa Rocha

Convênio Piano

PARTICULAR

Matricula

PARTICULAR

Endereco

Atendente

MARIA DE SA RORIZ , 429

Emergencia-Pronto Socorro

Ennayle Galdino de Menezos

Complemento

Cartão Saúde

Cidade Sexo

1555771661 MONGUBA

Maraganau

46 anos e 11 meses

30140947 85117132

Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Medico/C.d

Tacito Yuri Melo Ramos do Lima

Data

04/11/2019 - Segunda-feira

Hora

13:47:04

Classificação Consulta

Especialidade Traumatologia

Queixa Principal

DORES NO TORNOZELO ESO

HDA

PROCEDIMENTO

DIAGNOSTICO

raumatologia

Dr. Tacito Yuri Melo Ramos de Lima (CRM 14108)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

5.867.015/0001.75 ÃO DAS GLINICAS DO CEARÁ LTDA.

Av Aguanambi, 332 Fáti -1 - CEP 60.055-402

taleza - Cenná



ciente:

Molses Pessoa Rocha

intuário: endimento:

170886

1.614.045

ta Exame: licitante:

04/11/2019

Tacito Yuri Melo Ramos de

Sexo:

Convenio:

PARTICULAR

Idade:

46a 11m 10d

Prescrição:

X TORNOZELO ESQUERDO AP/P

AUDO:

raturas da fíbula distal e maléolo medial do tornozelo esquerdo, com presença de material de síntese. sporão ósseo calcaneano plantar e posterior.

°.INC.....[02]

Dr. Vanor Cruz CPF 026244513-15 CREMEC 2080

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - Fortaleza/CE CEP: 60.055-402 Fone: (85) 3311.6000

1	HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARR	ON DE OLIVEIRA MENSEL	ANA OF	
To some	REGISTRO DE ATENDIMENTO EMER	RGENCIA	\$ ·	
ELE FESSOA ROCHA	DADOS PERSOANS		PROMITUANO 5182389	N° DO SE 37419
		28/11/1972(46	5162389 SEXO	-
ASTRO DE PESSOA FÍSIÇ	CA (CPF): 57440708372	ANOS)	M	PARD
WINNAVEL.		винесо	MARIA LIS ROCHA	
TUBA	CE	AVENIDA MANG MONGUBA	ABEIRAS 425 S	IAMU USB
		(85) 98134-2272		
OCCUPANCIA/TRANSPORTECIADOST	DO ACCIONATE OCCORRENCIA	Name of the last o		
IDO PELO RAMIL COLINA	CLASSIFICAÇÃO DE MISCO LO MOTO X CARRO. GLASCOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM			
OZELO ESQUERDO	O MOTO X CARRO. GLASCOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM	COLISAO CAUM A		
	ARGUS VITAIS		99 (ADULTO))
uk	MUSICA ANTEROL NUMI ALERCAS	97%	92	GLICENIA NI
çio	NEGA		-	DATA E HORA
	RESPONSAVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SANDRA OLIVEIRA DA SILVA			02/10/20 18:35:27
ERGENCIA TRAUMATOLO	AREA ATENDRIENTO			
60	Approximation	32/100	F+Iri	71
90.	IMAL () TE CRANIC () RAIOX	COOL PROCEDEMENTO TO		71
60	Approximation	COOL PROCEDEMENTO TO	Cilv	71
60	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCRIÇÃO MÉDICA MEDICAMENTO	COULHECKEDEMENTO () OUTROS	Sta Gomes da Silv	A /
() SU () US ABDOM	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCRIÇÃO MÉDICA MEDICAMENTO	COULHECKEDEMENTO () OUTROS		A /
() SU () US ABDOM	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCRIÇÃO MÉDICA MEDICAMENTO	() OUTROS APRODEMENTO () OUTROS Middle CHE. 1	Sta Gomes da Silv	A VA
() SU () US ABDOM	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCRIÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO (E) PAI ON (E) PAI ON (E) PAI ON	() OUTROS APRILIZAMENTO () OUTROS APRILIZAMENTO () OUTROS APRILIZAMENTO () OUTROS	Sta Gomes da Silv	A /
() SU () US ABDOM	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCRIÇÃO MÉDICA MEDICAMENTO (E) API ON	() OUTROS APRILIZAMENTO () OUTROS APRILIZAMENTO () OUTROS APRILIZAMENTO () OUTROS	Sta Gomes da Silv	A /
() SU () US ABDOM	IMAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCRIÇÃO MEDICA MÉDICAMENTO (E) PAI DA (E) P	() OUTROS APRILIZAMENTO () OUTROS APRILIZAMENTO () OUTROS APRILIZAMENTO () OUTROS	sta Gomes da Silv	A / A
SO SU () US ABDOM	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCRIÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO (C) PA C C C C C C C C C	COLL PROCEDURANTO () OUTROS APPRADAMENTO SO BETT	sta Gomes da Silv 0 - CNM: 5186	A / WACOES
O MÉDICA () A PERIDO	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCRIÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO (C) PA C C C C C C C C C	APPLICATION OF THE PROPERTY OF	0- CRM: 5186-20 0- CRM: 5186-20 228,175,923-91	A /
O MÉDICA () A PEDIDO O CORPO: () FAMÍLIA () II	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCISÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO C PA C C C C C C C C C	COLL PROCEDURATIO () OUTROS APPLADAMENTO () OUTROS () OUT	O CAN 5106 CON TO CONTROL OF CONT	1 -
O MÉDICA () A PEDIDO O CORPO: () FAMÍLIA () II	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCISÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO C PA C C C C C C C C C	COLL PROCEDURATIO () OUTROS APPLADAMENTO () OUTROS () OUT	O CAN 5106 CON TO CONTROL OF CONT	1 -
O MÉDICA () A PEDIDO O CORPO: () FAMÍLIA () II	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCISÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO THO DE ALTARAJOA () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATT ML () ANAT. PATOL 2/10/2019 18:35:27 Quí prestadas, sobre as quals assumo todas as responsabilidades, sob pe	COLL PROCEDURATIO () OUTROS APPLADAMENTO () OUTROS () OUT	O CAN 5106 CON TO CONTROL OF CONT	1 -
O MÉDICA () A PEDIDO O CORPO: () FAMÍLIA () II	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCISÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO THO DE ALTARAJOA () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATT ML () ANAT. PATOL 2/10/2019 18:35:27 Quí prestadas, sobre as quals assumo todas as responsabilidades, sob pe	APPLICATION OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF ASSESSMENT OF ASSESSMENT OF THE PROPERTY OF THE	toras toras previstas no art	1 -
O MÉDICA () A PEDIDO O CORPO: () FAMÍLIA () II	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCISÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO THO DE ALTARAJOA () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATT ML () ANAT. PATOL 2/10/2019 18:35:27 Quí prestadas, sobre as quals assumo todas as responsabilidades, sob pe	APPLICATION OF THE CONTROL OF THE CO	HORAS OF CHAINS OF STATE OF THE STATE OF TH	299 do Có
O MÉDICA () A PEDIDO O CORPO: () FAMÍLIA () II	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCISÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO THO DE ALTARAJOA () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATT ML () ANAT. PATOL 2/10/2019 18:35:27 Quí prestadas, sobre as quals assumo todas as responsabilidades, sob pe	APPLICATION OF THE PERSON AND APPLIC	HORAS DESPECIALETA PROCHA ROCHA	299 do Co
O MÉDICA () A PEDIDO O CORPO: () FAMÍLIA () II	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCISÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO THO DE ALTARAJOA () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATT ML () ANAT. PATOL 2/10/2019 18:35:27 Quí prestadas, sobre as quals assumo todas as responsabilidades, sob pe	APPLICATION OF THE PARTY OF THE	HORAS OF CHASTS OF STATE OF S	299 do Co
O MÉDICA () A PEDIDO O CORPO: () FAMÍLIA () II	INAL () TE CRANIO () RAIO-X PRESCISÇÃO MÉDICA MÉDICAMENTO THO DE ALTARAJOA () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATT ML () ANAT. PATOL 2/10/2019 18:35:27 Quí prestadas, sobre as quals assumo todas as responsabilidades, sob pe	APPLICATION OF THE PERSON AND APPLIC	HORAS OF CHASTS OF THE STATE O	299 do Co



mois Pensa Rocha Absto pera os doundes fins que paciente acima especuficado pei vitime de acidente de motocioleta (SIC) volumbo am potune experta limbe de la Tornoglo E. Foi relementisto à TTO entregreo, o qual encoutra-re no momento de alta definitiva.

CFD-10:582.0

18/12/19

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br PABX: (85) 3311-6000



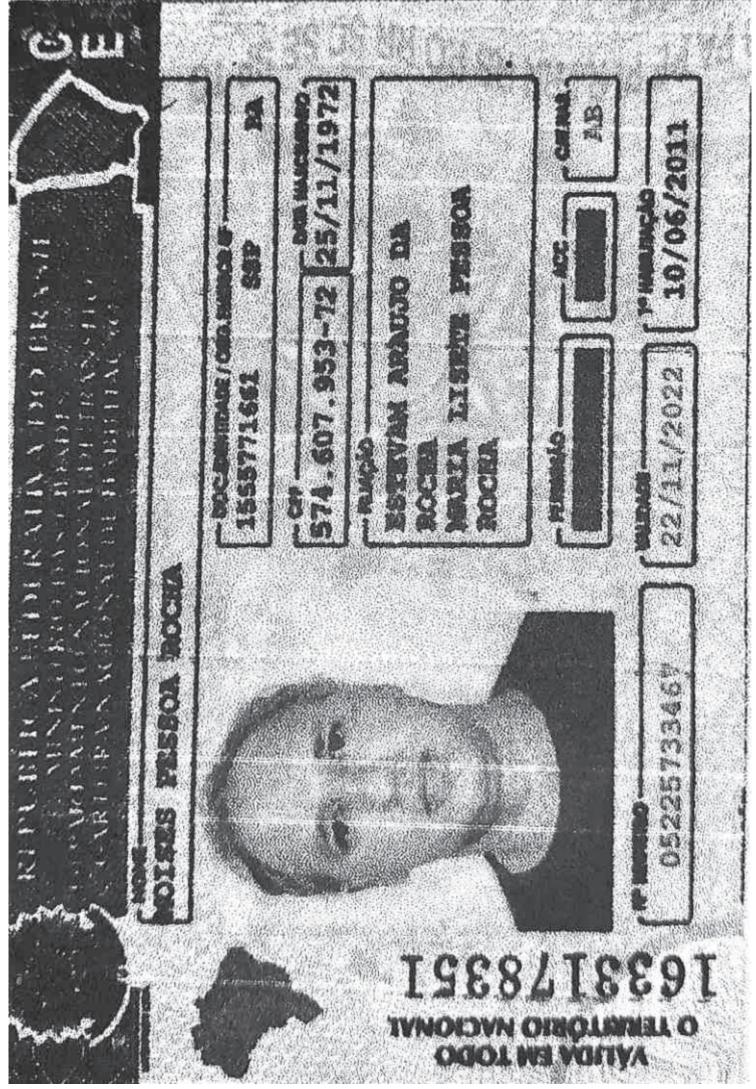
Moises Possoa Rocha

Paciente nutima de acidente de
motocicleta, rendo submetido à
TTO ciningico de fistura exposta
en Tornozelo & (himaledar) ha
meses. No momento, encontre-se
sob alta medica e persistindo con
rigidez articular pos-traumatica.

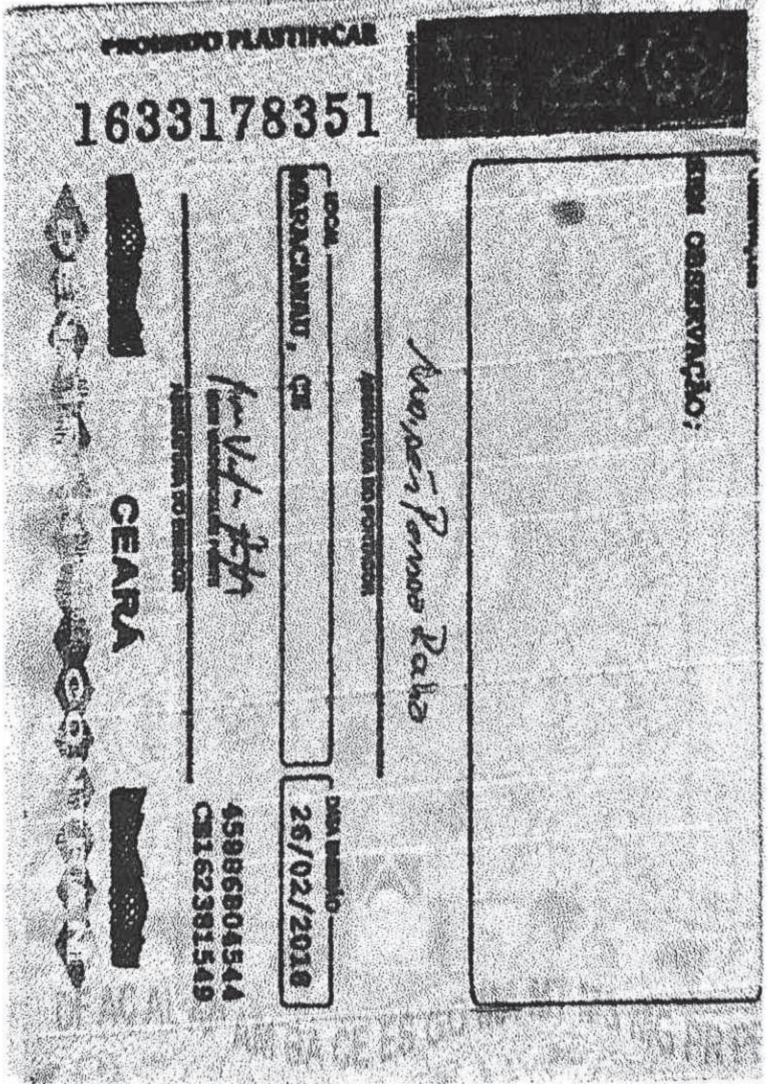
CID= 587

Tácito Yuri Melo Ortopedia - Traumatologia CRM 14108 TEOT 15349

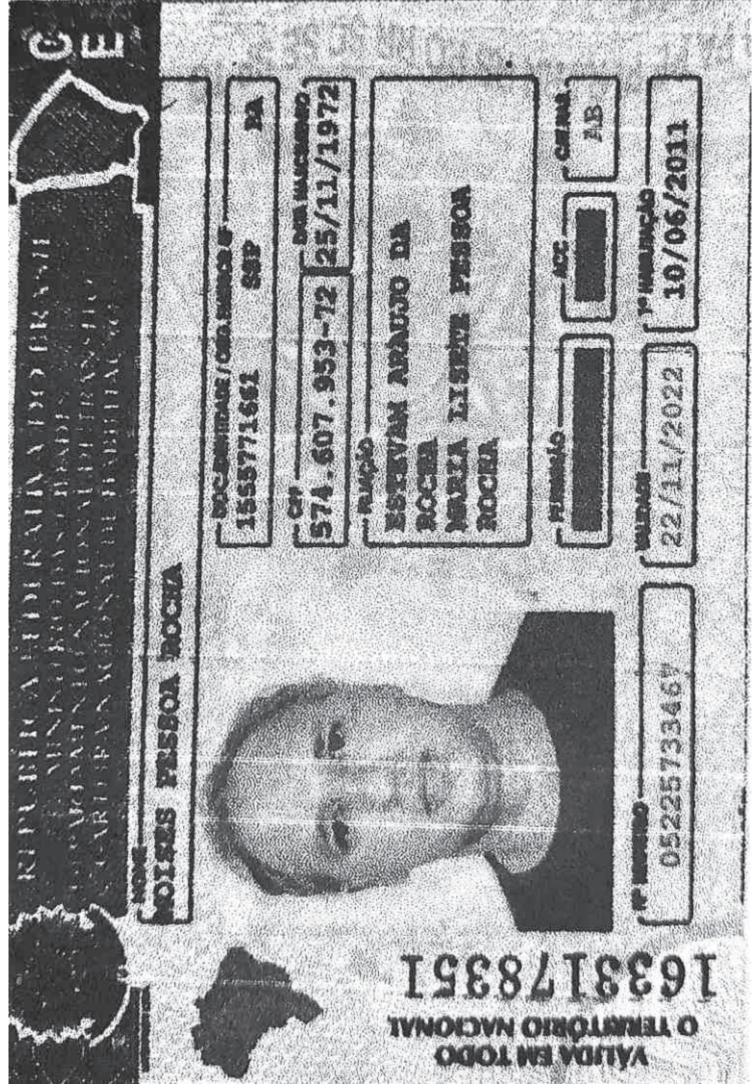
23/01/2020



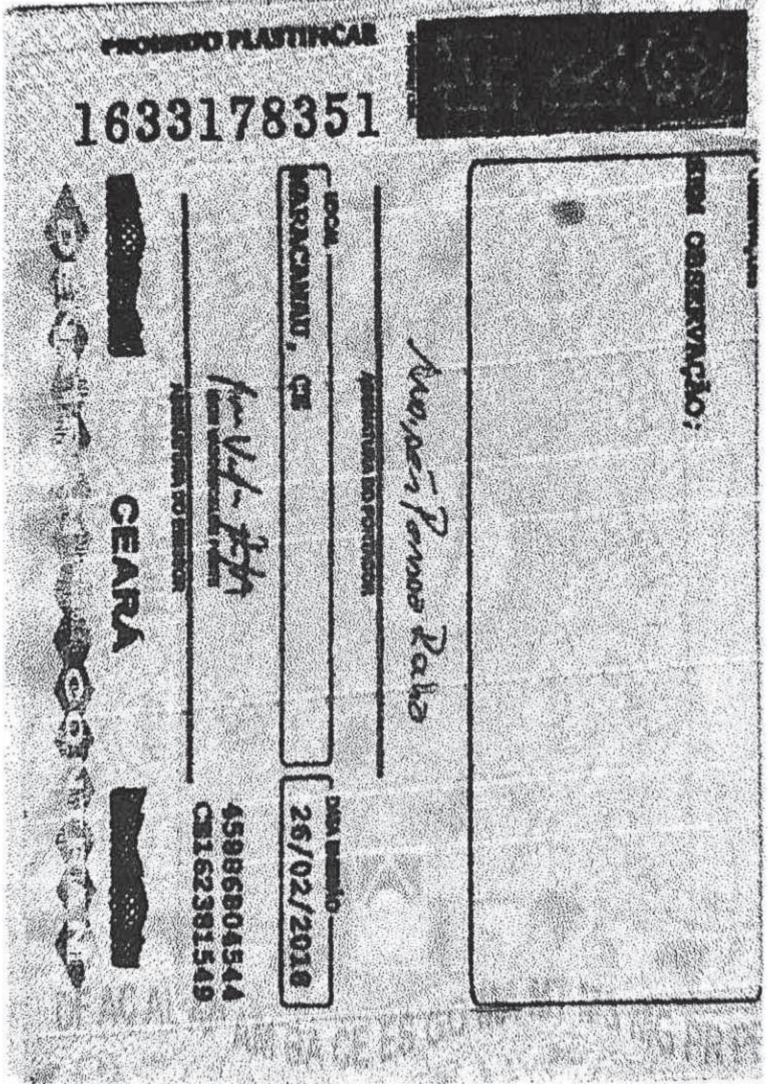
Scanned by CamScanner



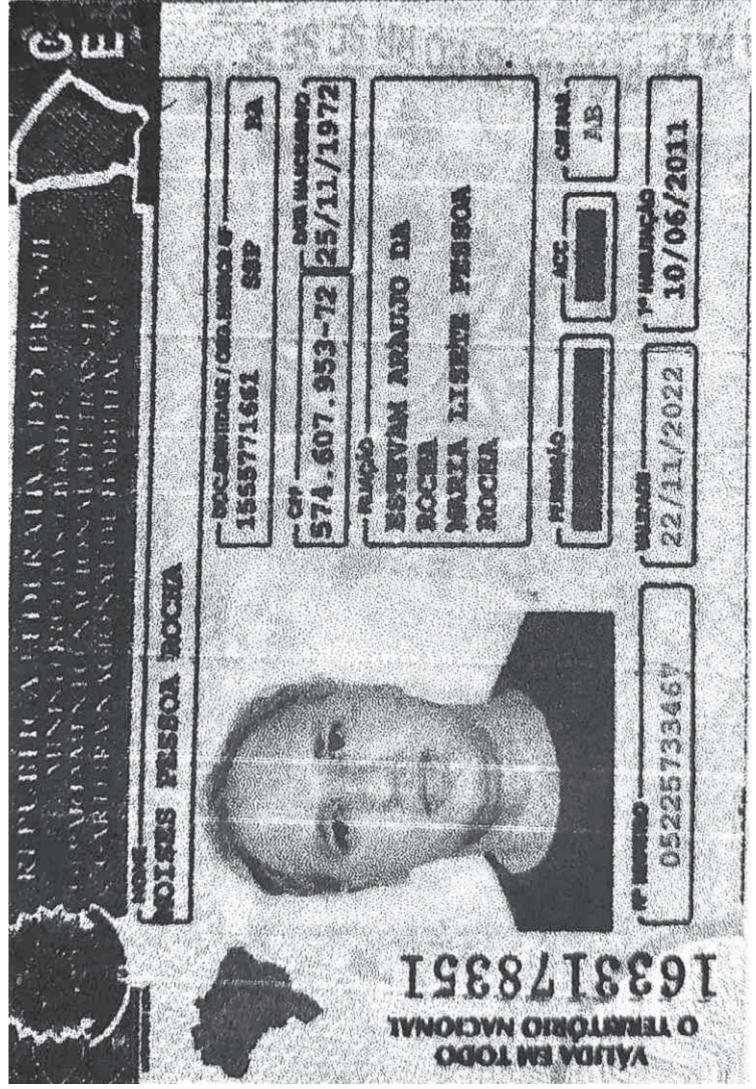
Scanned by CamScanner



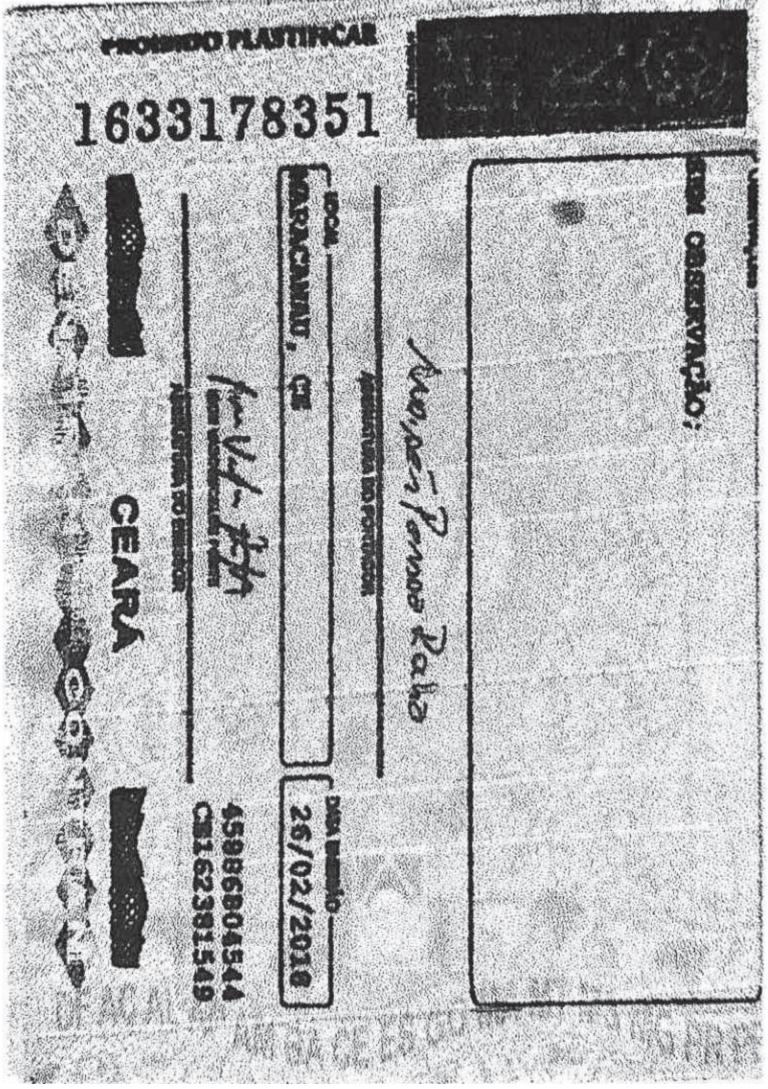
Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

DETRAN-CE DETACO DE REGISTRO ELCENCIAMENTO DE VEGULO DETACO DE REGISTRO ELCENCADO DE VARIANTA DE CORRESTORA DETACO DE REGISTRO DE PARTICO DETACO DE REGISTRO DE CORRESTORA DE PARTICO DETACO DE REGISTRO DE PARTICO DEPARTOR DE PARTICO DE P		CONTRAN				DEN	RTRAN
0 sao/sura	MARACANAU WAR	OBSET///COGS ************************************	A VENC COTA UNICA ・本本	2014 BRANC	PMY7190/C	Service Service Service	- CH S/C (18-12)
PMY7190 PMY7190 ASSINATURA ASSINATURA ASSINATURA ASSINATURA	NCASIESEODALES	SEGURIADORA LÍDER	PRÉMIO TARIFÁRIO-	HDNDA/CB 300R L PART 9C2NC4330ER0041	141972/973 A9	SEU INLMETE DO SEGURO INFORMAÇÕES, LEIA NO IÇÕES GERAIS DE COBEI Seguradoralider.com	

DETRAN-CE DETACO DE REGISTRO ELCENCIAMENTO DE VEGULO DETACO DE REGISTRO ELCENCADO DE VARIANTA DE CORRESTORA DETACO DE REGISTRO DE PARTICO DETACO DE REGISTRO DE CORRESTORA DE PARTICO DETACO DE REGISTRO DE PARTICO DEPARTOR DE PARTICO DE P		CONTRAN				DEN	RTRAN
0 sao/sura	MARACANAU WAR	OBSET///COGS ************************************	A VENC COTA UNICA ・本本	2014 BRANC	PMY7190/C	Service Service Service	- CH S/C (18-12)
PMY7190 PMY7190 ASSINATURA ASSINATURA ASSINATURA ASSINATURA	NCASIESEODALES	SEGURIADORA LÍDER	PRÉMIO TARIFÁRIO-	HDNDA/CB 300R L PART 9C2NC4330ER0041	141972/973 A9	SEU INLMETE DO SEGURO INFORMAÇÕES, LEIA NO IÇÕES GERAIS DE COBEI Seguradoralider.com	

DETRAN-CE DETACO DE REGISTRO ELCENCIAMENTO DE VEGULO DETACO DE REGISTRO ELCENCADO DE VARIANTA DE CORRESTORA DETACO DE REGISTRO DE PARTICO DETACO DE REGISTRO DE CORRESTORA DE PARTICO DETACO DE REGISTRO DE PARTICO DEPARTOR DE PARTICO DE P		CONTRAN				DEN	RTRAN
0 sao/sura	MARACANAU WAR	OBSET///COGS ************************************	A VENC COTA UNICA ・本本	2014 BRANC	PMY7190/C	Service Service Service	- CH S/C (18-12)
PMY7190 PMY7190 ASSINATURA ASSINATURA ASSINATURA ASSINATURA	NCASIESECOATES	SEGURIADORA LÍDER	PRÉMIO TARIFÁRIO-	HDNDA/CB 300R L PART 9C2NC4330ER0041	141972/973 A9	SEU INLMETE DO SEGURO INFORMAÇÕES, LEIA NO IÇÕES GERAIS DE COBEI Seguradoralider.com	

O LIDE	3	PEDIDO	DO SEGUR	O DPVA	Г	
Escolha o(s) tipo(s)	de cobertura: DAMS	(DESPESAS DE ASSISTÊNC	A MÉDICA E SUPLEMENTA	RES) TINVALID	EZ PERMANENTE	MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	5746	77.953-72.	4 - Nome completo da vitim MOI SCS PLS		her.	
REGISTRO DE INFORMA	ÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE	E RENDA MENSAL DA PESSOA	FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁR	IO/REPRESENTANTE L	EGAL) - CIRCULAR SUSE	P Nº 445/2012
5 - Nome completo:		2 SENS 15			5-9% 6O3	953-7
7 - Profissãox	8 - Enderecc	son Rocha	·-	9-N	077-004.	plemento:
autono	MO. Rua	. Maria c	le 50- Ron	3. 4	29. -	
MOn QU	iba.	12-cidade pacatu	iba.	13 Estado:	14.6T.809	-080.
15 - E-mail: 55	d'amplifico	10 0.M	ail eon.		16-19 (000) 46	25.335
DADOS DO REF	PRESENTANTE LEGAL (PAIS, TO			R ENTRE D A 15 ANOS	OU INCAPAZ COM CU	
17 - Nome completo do		orone connection.				
T) - Home samples a	nepresentante regen					
18 - CPF do Representar	nte Legal:		19 - Profissão do Repr	resentante Legal:		
Declaro, para todos o	s fins de direito, residir no	endereco acima informa	do, conforme comprovant	te anexo (ANEXAR	CÓPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO				- Harrison		-1000
	COLD COLD COLD COLD COLD COLD COLD COLD	CUSO INFORMAR	R\$1.00 A R\$1.000,00	☐ R\$	2.501,00 ATÉ R\$5.00	0,00
	☐ SE	M RENDA	R\$1.001,00 ATÉ R\$2.50		CIMA DE R\$5.000,00	www.compressor.com
21 - DADOS BANCÁRIO	S: BENEFICIÁRIO	DA INDENIZAÇÃO 🔲 RI	EPRESENTANTE LEGAL DO 8	ENEFICIÁRIO DA IND	ENIZAÇÃO (PAIS, CUI	ADOR/TUTO
Communication of the control of the	Color Fermination	- 1 154 mas	0.0000000000000000000000000000000000000			
Autorizo a Segurador	CONTA: (Information of the contact o	004561) (4 ar o dígito se existir)	AGÊNCIA:	da indenização/rees	(Informar o digito se exist mbolso do Seguro D	
AGÉNCIA: 2990 (Informar o d	CONTA:	004561) (4 ar o dígito se existir)	(Informar o di	gito se existir) da indenização/reer	mbolso do Seguro D	
AGENCIA: 29 90 (Informar od Autorizo a Segurador a que eu tiver direito,	CONTA: (Informa ra Líder a creditar na conta reconhecendo e dando, d - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA	004561) (4 ir o dígito se existir) a bancária informada, de n esde já e somente após a DE LAUDO DO IML-PREENCH	(Informar o di ninha titularidade, o valor efetivação do crédito, quil IMENTO SOMENTE PARA CO	gito se existir) da indenização/ree tação total do valor BERTURA DE INVALIDE	mbolso do Seguro D recebido. Z PERMANENTE	PVAT
AGENCIA: 2990 (Informar od Autorizo a Segurador a que eu tiver direito, a que eu tiver direito, 22: Declaro, sob as indenização do 1 Não há IML que 40: O IML que aten o IML que aten a 2: da Seguradora Líder ; automotor, conforme	igho se existir) (Informa ra Líder a creditar na conta reconhecendo e dando, d DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA penas da Lei, que estou imp Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/ e atenda a região do acidente de a região do acidente ou nde a região do acidente ou nento da análise do meu pe presentação do laudo do IN para verificação da existênce ro disposto na Lei 6.194/74 orização não significa prévi-	or odigito se existir) a bancária informada, de ni esde já e somente após a DE LAUDO DO IML - PREENCH ossibilitado de apresentar o 74), uma vez que: te ou da minha residência não re ou da minha residência não re ou da minha residência nadido de indenização do Se ML, concordando, desde já, cla quantificação das lesão 4.	(Informar o di ninha titularidade, o valor efetivação do crédito, quil IIMENTO SOMENTE PARA CO laudo do Instituto Médico L ou naliza perícias para fins do S ealiza perícias com prazo guro DPVAT, por invalidez p em me submeter à anális- les permanentes decorren	gito se existir) da indenização/reei tação total do valor BERTURA DE INVALIDE Legal (IML) para os fin deguro DPVAT; ou superior a 90 (nove permanente, com ba e médica presencial, tes de acidente de tr	mbolso do Seguro D recebido. Z PERMANENTE s de requerimento de enta) dias do pedido se na documentação caso necessário, às ânsito causado por	e o. o médica custas veiculo
AGENCIA: 2990 (Informar od Autorizo a Segurador a que eu tiver direito, a que eu tiver direito, por a que eu tiver direito, sob as indenização do 1 Não há IML que e O IML que aten o O IML que aten solicito o prosseguim apresentada sem a a da Seguradora Líder y automotor, conforme Declaro que esta auto	igho se existir) (Informa ra Líder a creditar na conta reconhecendo e dando, d - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA penas da Lei, que estou imp seguro DPVAT (Lei nº 6.194/r e atenda a região do acidente ou de a região do acidente ou mento da análise do men pe persentação do laudo do IN para verificação da existênce o disposto na Lei 6.194/r orização não significa prévi- evido.	or odigito se existir) a bancária informada, de ni esde já e somente após a DE LAUDO DO IML - PREENCH ossibilitado de apresentar o 74), uma vez que: te ou da minha residência não re ou da minha residência não re ou da minha residência nadido de indenização do Se ML, concordando, desde já, cla quantificação das lesão 4.	(Informar o di ninha titularidade, o valor efetivação do crédito, quit IMENTO SOMENTE PARA CO laudo do Instituto Médico L ou saliza perícias para fins do S ealiza perícias com prazo guro DPVAT, por invalidez p em me submeter à anális- es permanentes decorren ra avaliação médica ou rer	gito se existir) da indenização/reei tação total do valor BERTURA DE INVALIDE Legal (IML) para os fin Geguro DPVAT; ou superior a 90 (nove comanente, com ba e médica presencial, tes de acidente de tr	mbolso do Seguro D recebido. EZ PERMANENTE s de requerimento de enta) días do pedid ese na documentação caso necessário, às ânsito causado por contestar a avaliação	e o. o médica custas veiculo
AGENCIA: 2990 (Informar od Autorizo a Segurador a que eu tiver direito, a que eu tiver direito, por a que eu tiver direito, sob as indenização do 1 Não há IML que e O IML que aten o O IML que aten solicito o prosseguim apresentada sem a a da Seguradora Líder y automotor, conforme Declaro que esta auto	(Information de Contra de	prodigito se existir) a bancăria informada, de niesde já e somente após a DE LAUDO DO IML-PREENCH cossibilitado de apresentar o 774), uma vez que: te ou da minha residência; da minha residência não re ou da minha residência não re ou da minha de sidência co de indenização do Se ML, concordando, desde já, cia e quantificação das lesã 4. a concordância com a futu	(Informar o di ninha titularidade, o valor efettivação do crédito, quil IIMENTO SOMENTE PARA CO laudo do Instituto Médico I ou naliza perícias para fins do S ealiza perícias com prazo guro DPVAT, por invalidez p em me submeter à anális- ies permanentes decorren- ra avaliação médica ou rer	gito se existir) da indenização/reei tação total do valor segal (IML) para os fin seguro DPVAT; ou superior a 90 (nove permanente, com ba e médica presencial, tes de acidente de tr núncia ao direito de co	mbolso do Seguro D recebido. Z PERMANENTE s de requerimento de enta) dias do pedide se na documentação caso necessário, às ânsito causado por re- contestar a avaliação RTE	e o. o médica custas veiculo
AGÉNCIA: 29 90 (Informar o d Autorizo a Segurador a que eu tiver direito, 22- Declaro, sob as indenização do 3 Não há IML que ater O IML que ater Solicito o prosseguim apresentada sem a a da Seguradora Líder automotor, conforme Declaro que esta autodiscorde do seu contro 23 - Estado	CONTA: (Informa lighto se existir) DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA penas da Lei, que estou imp Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/ le atenda a região do acidente de a região do acidente ou mode a região do acidente ou mode a região do acidente ou lento da análise do meu pe presentação do laudo do IM para verificação da existênce lo disposto na Lei 6.194/74 leido. DECLARAÇÃO DE Ú Solteiro Casado (no	prodigito se existri) a bancăria informada, de ni esde jă e somente após a DE LAUDO DO IML - PREENCH cossibilitado de apresentar o 74), uma vez que: te ou da minha residência; da minha residência não re ou da minha residência; da minha residênc	(Informar o di ininha titularidade, o valor efetivação do crédito, quil IIIMENTO SOMENTE PARA CO laudo do Instituto Médico Lou valiza perícias para fins do Sealiza perícias com prazo guro DPVAT, por invalidez pem me submeter à análismes permanentes decorrente avaliação médica ou rer	gito se existir) da indenização/reer tação total do valor BERTURA DE INVALIDE Legal (IML) para os fin Eguro DPVAT; ou superior a 90 (nove permanente, com ba e médica presencial, tes de acidente de tr núncia ao direito de com A COBERTURA DE MOI	mbolso do Seguro D recebido. Z PERMANENTE s de requerimento de enta) dias do pedide se na documentação caso necessário, às ânsito causado por contestar a avaliação exte	o. o médica custas veiculo o médica, cas
AGÉNCIA: 29 90 (Informar od Autorizo a Segurador a que eu tiver direito, 22- Declaro, sob as indenização do: Não há IML que etc. O IML que atec. Solicito o prosseguim apresentada sem a ai da Seguradora Líder a automotor, conforme Declaro que esta automotor que esta automotor discorde do seu control. 23 - Estado civil da vítima; 25 - Grau de Parentesco co. 28 - Vítima Sím	CONTA: (Informa lighto se existir) DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA penas da Lei, que estou imp Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/ le atenda a região do acidente de a região do acidente ou mode a região do acidente ou mode a região do acidente ou lento da análise do meu pe presentação do laudo do IM para verificação da existênce lo disposto na Lei 6.194/74 leido. DECLARAÇÃO DE Ú Solteiro Casado (no	prodigito se existri) a bancăria informada, de ni esde jă e somente após a DE LAUDO DO IML - PREENCH cossibilitado de apresentar o 74), uma vez que: te ou da minha residência; da minha residência não re ou da minha residência; da minha residênc	(Informar o di ininha titularidade, o valor efetivação do crédito, quit inmento SOMENTE PARA CO laudo do Instituto Médico Lou valiza perícias para fins do Socializa perícias com prazo guro DPVAT, por invalidez pem me submeter à análises permanentes decorrentes permanentes decorrentes avaliação médica ou rerespondentes decorrentes decorrentes avaliação médica ou rerespondentes decorrentes de consequences de con	gito se existir) da indenização/reei tação total do valor segal (IML) para os fin seguro DPVAT; ou superior a 90 (nove permanente, com ba e médica presencial, tes de acidente de tr núncia ao direito de co A COBERTURA DE MOI úvo 24 - Data óbito da	mbolso do Seguro D recebido. Z PERMANENTE s de requerimento de enta) dias do pedidi enta) dias dias dias dias dias dias dias dias	o médica custas veiculo o médica, ca
AGÉNCIA: 2990 (Informar od Autorizo a Segurador a que eu tiver direito, 22- Declaro, sob as indenização do: Não há IML que atele O IML que atele O IML que atele Solicito o prosseguim apresentada sem a aj da Seguradora Líder y automotor, conforme Declaro que esta autodiscorde do seu contro discorde do seu contro 23 - Estado civil da vítima; 25 - Grau de Parentesco co 28 - Vítima Sím teve filhos? Não Estou ciente de que a Sesta condição, estando esta condição esta condição, estando esta condição esta condição, estando esta condição esta condição esta condição esta condição, estando esta condição esta condição esta condição esta condição esta condição esta condição esta condição, estando esta condição estando esta condição	conta: (Informa ra Líder a creditar na conta reconhecendo e dando, d DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA pequa de estou imp pequa DPVAT (Lei nº 6.194/ e atenda a região do acidente ou de a região do acidente ou ento da análise do meu pe presentação do laudo do IN para verificação da existênce o disposto na Lei 6.194/7/ orização não significa prévie eúdo. DECLARAÇÃO DE Ú Solteiro Casado (no com a vítima: 26 - Vítima de 29 - Se tinha filhos, informar	ar o digito se existir) a bancăria informada, de ni esde jă e somente após a DE LAUDO DO IML - PREENCH cossibilitado de apresentar o 74), uma vez que: te ou da minha residência; não re ou da minha residência não re ou da minha residência; ou deside já, a concordância com a futu ONICOS BENEFICIÁRIOS - PREE Civil) Divorciado Se eixou companheiro(a): 30-Vítima deixou Sin nascituro (vai nascer)? Nã ou devida, a indenização do Se per omissão ou declaração ou declaração no	(Informar o di ininha titularidade, o valor efetivação do crédito, quit IMENTO SOMENTE PARA CO laudo do Instituto Médico Lou valiza pericias para fins do Sealiza pericias com prazo guro DPVAT, por invalidez pem me submeter à anális; es permanentes decorrentes permanentes decorrentes avaliação médica ou rerespondentes de la valuação de la v	gito se existir) da indenização/reei tação total do valor segal (iML) para os fin eguro DPVAT; ou superior a 90 (nove permanente, com ba e médica presencial, tes de acidente de tr núncia ao direito de co A COBERTURA DE MOI SOUTH DE MOI S	mbolso do Seguro D recebido. Z PERMANENTE s de requerimento de enta) dias do pedidi se na documentação caso necessário, às ânsito causado por r contestar a avaliação ente do vitima: heiro(a), informar o no informar 33 - Vitima s: le se apresentarem e	o médica custas veiculo o médica, carome completo e deixou :
AGÉNCIA: 2990 (Informar od Autorizo a Segurador a que eu tiver direito, 22- Declaro, sob as indenização do: Não há IML que atele O IML que atele O IML que atele Solicito o prosseguim apresentada sem a aj da Seguradora Líder y automotor, conforme Declaro que esta autodiscorde do seu contro discorde do seu contro 23 - Estado civil da vítima; 25 - Grau de Parentesco co 28 - Vítima Sím teve filhos? Não Estou ciente de que a Sesta condição, estando esta condição esta condição, estando esta condição esta condição, estando esta condição esta condição esta condição esta condição, estando esta condição esta condição esta condição esta condição esta condição esta condição esta condição, estando esta condição estando esta condição	conta: (Informa ra Líder a creditar na conta reconhecendo e dando, d DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA Poequa de estou imp Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/ de a região do acidente ou de a região do acidente ou de a região do acidente ou de a região do laudo do IM para verificação da existênce de o disposto na Lei 6.194/7/ dorização não significa prévie de d	ar o digito se existir) a bancăria informada, de ni esde jă e somente após a DE LAUDO DO IML - PREENCH cossibilitado de apresentar o 74), uma vez que: te ou da minha residência; não re ou da minha residência não re ou da minha residência; ou deside já, a concordância com a futu ONICOS BENEFICIÁRIOS - PREE Civil) Divorciado Se eixou companheiro(a): 30-Vítima deixou Sin nascituro (vai nascer)? Nã ou devida, a indenização do Se per omissão ou declaração ou declaração no	(Informar o di ininha titularidade, o valor efetivação do crédito, quit IMENTO SOMENTE PARA CO laudo do Instituto Médico Lou valiza pericias para fins do Sealiza pericias com prazo guro DPVAT, por invalidez pem me submeter à anális; es permanentes decorrentes permanentes decorrentes avaliação médica ou rerespondentes de la valuação de la v	gito se existir) da indenização/reei tação total do valor segal (iML) para os fin eguro DPVAT; ou superior a 90 (nove permanente, com ba e médica presencial, tes de acidente de tr núncia ao direito de co A COBERTURA DE MOI SOUTH DE MOI S	mbolso do Seguro D recebido. Z PERMANENTE s de requerimento de enta) dias do pedidi se na documentação caso necessário, às ânsito causado por r contestar a avaliação ente do vitima: heiro(a), informar o no informar 33 - Vitima s: le se apresentarem e	o médica custas veiculo o médica, carome completo e deixou :

HABELIZADO

ALFABELIZADO

ALFA

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

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

. Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:_____

embro de 2019

40-Local e Data, do 170 local e De 200 con de la Descripción de la

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472221/19

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do acidente: 02/10/2019

CPF: 574.607.953-72 CPF de: Próprio Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA: 574.607.953-72

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 30/12/2019 Nome: MOISES PESSOA ROCHA CPF: 574.607.953-72 Data do cadastramento: 30/12/2019 Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA CPF: 033.812.743-76

MOISES PESSOA ROCHA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007622/20

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA Data do acidente: 02/10/2019

CPF: 574.607.953-72 CPF de: Próprio Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA: 574.607.953-72

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 07/01/2020 Nome: MOISES PESSOA ROCHA CPF: 574.607.953-72 Data do cadastramento: 07/01/2020 Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA CPF: 041.838,663-32

MOISES PESSOA ROCHA PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036874/20

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do acidente: 02/10/2019

CPF: 574.607.953-72 CPF de: Próprio Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA: 574.607.953-72

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 27/01/2020 Nome: MOISES PESSOA ROCHA CPF: 574.607.953-72 Data do cadastramento: 27/01/2020 Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA CPF: 041.838,663-32

MOISES PESSOA ROCHA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número:3200043945Cidade:FortalezaNatureza:Invalidez PermanenteVítima:MOISES PESSOA ROCHAData do acidente:02/10/2019Seguradora:MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.4)

ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento

faltante:

Apontamento do Laudo

do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

sequelas:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
	-	Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472221/19

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do acidente: 02/10/2019

CPF: 574.607.953-72 CPF de: Próprio Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA: 574.607.953-72

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 30/12/2019 Nome: MOISES PESSOA ROCHA CPF: 574.607.953-72 Data do cadastramento: 30/12/2019 Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA CPF: 033.812.743-76

MOISES PESSOA ROCHA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036874/20

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do acidente: 02/10/2019

CPF: 574.607.953-72 CPF de: Próprio Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA: 574.607.953-72

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 27/01/2020 Nome: MOISES PESSOA ROCHA CPF: 574.607.953-72 Data do cadastramento: 27/01/2020 Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA CPF: 041.838.663-32

MOISES PESSOA ROCHA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MOISES PESSOA ROCHA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02999-8

CONTA: 000001004561-4

Nr. Autenticação BRADESCO0602202005000000000023702999000001004561168750 PAGO





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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200043945 Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do Acidente: 02/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MOISES PESSOA ROCHA

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

Carta nº 15429021



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, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200043945 Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do Acidente: 02/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MOISES PESSOA ROCHA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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







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, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200043945 Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do Acidente: 02/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MOISES PESSOA ROCHA

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 tornozelo 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: MOISES PESSOA ROCHA

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: 237

Agência: 000002999-8 Conta: 000001004561-4 Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



	tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊN	CIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	MINVALIDEZ PERMANENTE MORTE
2 - Nº do sinistro o	ou ASI:	\$4507.953-7J	4-Name completo da vitima:	r Rocher
necommon proble	TODALI CÔTE CA DISTRATE	1.00	11101111	PRESENTANTE LEGAL)+CIRCULAR SUSEP № 445/2012
5 - Nome comple	AND IN COUNTY IN	9 6 0 (8) (8)		644,601,953-7
	MOINOS	Person Roch	OD SET SET SET SET SET SET SET SET SET	211001
7-Profissão	momo.	Endereco Maria	de 50- Rong.	9-Aŭmero: 10-Complemento:
11 - Bairro: MON	auho	12-Cidade Paccat	uba.	13 EE 14-61.809-080.
15 Email:	A		rail eon.	後号四岁422 335
nanos	SK mplu	LOO T CURADORI PARA	TIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTE	RE O A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
	leto do Representante Le		A CARROLL SACROMARIO SECURIO E A CARROLL SACRO	
ZHIVIINASO DE SEXUE	SOURCE WAS A STATE OF THE SECOND	1000	19 - Profissão do Representa	ente Lacal
18 - CPF do Repr			E-810 3400608050000	
Declaro, para t	ados os fins de direito, i	residir no endereço ac ma inform	ado, conforme comprovante ané	KO (ANEXAR COPIA).
20 - RENDA MEN	SAL DO TITULAR DA CONTA		R\$1.00 A R\$1,000,00	R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
		RECUSO INFORMAR SEM RENDA	R\$1.001,00 AFÉ R\$2,500,00	ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BAI	NCARIOS: IXI BENI	EFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFI	CIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTO)
** *********	2224	unos abalan. Assinale uma opção)	TCONTA CORRENTE AND	os os bancos)
☐ Bradesco	The state of the s		Nome do BANCO: Bh	adisw.
☐ Bancodo	Brasil (001) Caba E	conómica Federal (104)	-	0 0 0 0
AGÊNCIA:	CONT/	4:()() AGENCIA: (2999) (8) conta: (1004561) (4)
()nfo	amar o digito se existiri	(Information of the to se existin)	(nformar a cinto se o	
Autorixo a Seg	guradora Lider e creditar	na conta bancaria informada, de dando, desde já e somente após:	minha titularidade, o vainr da ind a efectivação do crédito, quitação f	denização/reembolso do Seguro DPVAT total do valor recebido,
Je 340,5000-01000-01	22 - DECLARAÇÃO DE A	JUSËNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENC	CHIMENTO SOMENTE PARA COBERTU	RA DE INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro,	cão do Securo DPVAT (LEI	nP.6.194/74), uma vez que:	o laudo do Instituto Médico Legal	
Não há li O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a prosapresentada si da Securadorá	ção do Seguro (IPVA) (Lia) ML que atenda a região do acio ue atende a região do acio ue atende a região do acio segulmento da análiso do la em a apresentação do la Lider para venificação do nforme o disposto na ser sta autorização não significación do contrado.	lo acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não izidente ou da minha residência o meu pedido de indenização do S udo do IML, confordando, desde) a existência e quantificação das les G 194/74.	r; ou realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por Invalido: permar a, em me submeter à análise médi bes permanentes decorrentes de ura avaliação médico ou renúncia.	nente, com base no documentação médica ca presencial, caso necessária, as custos acidente de trânsito causado aor vriculo ao direito de contestar a avaliação médica, caso
Não háil O IML qu O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradorá automotor, co Declaro que es	ção do Seguro (IPVA) (Lia) ML que atenda a região do acio ue atende a região do acio ue atende a região do acio segulmento da análiso do la em a apresentação do la Lider para venificação do nforme o disposto na ser sta autorização não significación do contrado.	lo acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não izidente ou da minha residência o meu pedido de indenização do S udo do IML, confordando, desde) a existência e quantificação das les G 194/74.	; ou realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por Invalido: permar a, em me submeter à análise médi bes permanentes decorrentes de	rente, com base na documentação medica ica presencial, caso necessária, as custas acidente de trânsito causado por vericulo ao direito de contestar a avaliação médica, caso extura DE MORTE
Não háil O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se	cão do Seguro III VAI (LEI ML que atende a região do acido de atende a região do acido de atende a região do assegulmento da análise do em a apresentação do las toder para verificação de nforme o disposto na sei sta autorização não significação de autorização não significação de autorização não significação de autorização não significação de autorização não significação por exempleo de autorização não significação de autorização de autorizaçõe de auto	lo acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não izidente ou da minha residência o meu pedido de indenização do S udo do IML, confordando, desde) a existência e quantificação das les G 194/74.	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por invalidos permas a em me submeter à análise médicos permanentes decorrectas de ura avaltação médico ou renúncia.	nente, com base no documentação médica ca presencial, caso necessária, as custos acidente de trânsito causado sor vriculo ao direito de contestar a avaliação médica, caso
Não há li O IML qu O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 23 - Estado dvil da yitir	cão do Seguro (IPVA) (Lia cada do Seguro (IPVA) (Lia cada do Activo do Activ	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não acidente ou da minha residência não acidente ou da minha residência o meu pedido ce indenização do Sudo do IML, concordando, desde ja existência e quantificação das les 6.194/74. Tida prévia concordância com a fut acide per un concordância com a fut	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por Invalidos permara, em me submeter à análise médica com rentes de sura avaliação médica do renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COSE SEPARADOJÚCIAS mente. VIVIVO	rente, com base no documentação médica ica presencial, caso necessário, ás custas acidente de trânsito causado per vericulo ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE
Não Há li O IML que O IML que O IML que O IML que Solicato a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 25 - Estado divil da vitir 25 - Gray de Parer	cão do Seguro (IPVA) (Las ML que atende a região do acido de atende a região do acido de atende a região do as seguimento da análise do em a apresentação do las toder para verificação de nforme o disposto na sei sta autorização não significando. DECLARA	to acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não exidente ou da minha residência o meu pedido ce indente, o do 5 udo do IML, concordando, desde ja existência e quantificação das los o 194/74. fica prévia concordância com a fut existência (punto de los previos de los los previas concordância com a fut existência (punto de los previos de los los previos de los los los previos de los los los los previos de los	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prato super eguro DPVAT, por Invalidos permaras com me submetor à análise mèdicies permanentes decorrentes de ura avallação médica ou renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE Separado Júdiciamente. VAIvo	rente, com base na documentação médica ica presencial, caso necessária, es custas acidente de trânsito causado por viriculo ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE 24 - Deta do óbito da virina:
indeniza Não há li O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 23 - Estado civil da vitir 25 - Cau de Parer 28 - Vitma S tace Filhos?	cão do Seguro (IPVA) (LB) ML que atende a região do acio de atende a apresentação do las cider para verificação do horame o disposto na seista autorização não significa contruido. DECLARA- DECL	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não acidente ou da minha residência o meu pedido ce indenização do \$ do do IML, concordando, desde) a existência e quantificação das let 6.194/74. fica prévia concordância com a fut acado no CMI] Divorcado Visima deixou companheiro(a); Informar 30-Visima debou S	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por Invalidor permar a, em me submeter à análise médi bes permanentes decorrentes de ura avaliação médica ou renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE SENCHI	rente, com base no documentação médica ica presencial, caso necessário, ás custas acidente de trânsito causado per vericulo. ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE 24 - Data do óbito da vitima: itexou companheiro(a), informar o nome completo: e tinha irmãos, informar falecidos: 33 - Vitima deixou. Sin pais/avos vivos?
indeniza Não há li O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 23 - Estado civil da vitir 25 - Crau de Parer 28 - Vitima S teve filhos? N	cão do Seguro (IPVA) (Lea Cado do Seguro (IPVA) (Lea ML que atende a região do acido de atende a região do acido de atende a região do acido de atende a apresentação do las Elder para verificação do horame o disposto na seista autorização não significa contrúdo. DECLARA	do acidente ou da minha residência dente ou da minha residência nacidente de minha residência nacidente ou da minha residência nacidente ou desta de minha residência na	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por invalidor permar a, em me submeter à análise médi sões permanentes decorrentes de ura avaliação medico ou renúncia EENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE Separado Júdicalmente VX0yo Sim	rente, com base na documentação médica ica presencial, caso necessário, as custas acidente de trânsito causado per vericulo ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE 24 - Data do óbito da vitima: ité cou companheiro(a), informer o nome completo: stinha irmãos, informer 33 - Vitima desique Sim
indeniza Não há li O IML qu O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 25° Estado divi da vitir 25 - Grau de Parer 28 - Vitima Si tive filhos? N Estou ciente de esta condição, es responsabilidade	cão do Seguro (IPVA) (Lea Cado do Seguro (IPVA) (Lea ML que atende a região do acido de atende a região do acido de atende a região do acido de atende a apresentação do las Elder para verificação do horame o disposto na seista autorização não significa contrúdo. DECLARA	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência dente ou da minha residência neu pedido ce indenização do \$ do do IML, concordando, desde) a existência e quantificação das let 6.194/74. fica právia concordância com a fut acado de UNICOS BENEFICIÁRIOS - PRI CAO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PRI Visima deixou companhairo(a); [Informar 30-Visima debou Si os: nacoturo (vainacos)? N ogara, caso devido, a indenização do us qualquer orhissão ou declaração	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por invalidor permar a, em me submeter à análise médi sões permanentes decorrentes de ura avaliação medico ou renúncia EENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE Separado Júdicalmente VX0yo Sim	rente, com base na documentação médica ca presencial, caso necessária, as rostas, acidente de trânsito causado per viriculo ao direito de contestar a avaliação médica, caso ERTURA DE MORTE 24 - Deta do óbito da vitima: Idexou companheiro(a), informar o nome completo: Etinha Irmãos, informar Falecidos: pais/avós vivos? Não
indeniza Não há li O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 23 - Estado civil da vitir 25 - Crau de Parer 28 - Vitima S teve filhos? N	cão do Seguro (IPVA) (Lea ML que atende a região do acida e a apresentação do las bideres o disposto na ceista autorização não significa contrado. DECLARA DECLARA (IPVA) (I	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência dente ou da minha residência neu pedido ce indenização do \$ do do IML, concordando, desde) a existência e quantificação das let 6.194/74. fica právia concordância com a fut acado de UNICOS BENEFICIÁRIOS - PRI CAO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PRI Visima deixou companhairo(a); [Informar 30-Visima debou Si os: nacoturo (vainacos)? N ogara, caso devido, a indenização do us qualquer orhissão ou declaração	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por invalidos permas, em me submeter à análise médica comentes de ura avaliação médica do renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE SEparado Júdicalmente VIVIVO Sim Não 27 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 31 -	rente, com base no documentação médica ca presencial, caso necessário, as custos acidente de trânsito causado por viriculo ao direito de contestar a avaliação médica, caso extura de Morte 24 - Deta do óbito da vitima: Iteroou companheiro(a), informor o nome completo: etinha irmãos, informar pais/avós vivos? Nã
indeniza Não há li O IML qu O IML qu O IML qu O IML qu Solicato a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 25° Estado civil da vitir 25 - Grau de Parer 28 - Vitima Si tive filhos? N	cão do Seguro (IPVA) (Lea ML que atende a região do acida e a apresentação do las bideres o disposto na ceista autorização não significa contrado. DECLARA DECLARA (IPVA) (I	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não exidente ou da minha residência não exidente ou da minha residência na meu pedido de indendando, desde ja existência e quantificação do \$6 to 194/74. Înca prévia contordância com a fut exidencia (no CAII) Divorciado Di	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por Invalidos permaras, em me submeter à análise médicies, permanentes decurrentes de ura avaliação médicia ou renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE Separado Judiciamente. VAIvo Sim Não 27 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima Sim 32	rente, com base no documentação médica ca presencial, caso necessário, as custos acidente de trânsito causado por viriculo ao direito de contestar a avaliação médica, caso extura de Morte 24 - Deta do óbito da vitima: Iteroou companheiro(a), informor o nome completo: etinha irmãos, informar pais/avós vivos? Nã
indeniza Não há li O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 75'- Estado civil da vitir 25 - Crau de Parer 28 - Vitima S teve filhos? N Insuressão digral da vitima nu beneficiario	cão do Seguro (IPVA) (Lea ML que atende a região do acido de atende a região do acido de atende a região do as seguimento da análiste do em a apresentação do las tuder para verificação de informe o disposto na sei sta autorização não significa controlado. DECLARA DECLARA DECLARA 10 Sotteiro C C C DECLARA 10 Sotteiro	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não exidente ou da minha residência não exidente ou da minha residência na meu pedido de indendando, desde ja existência e quantificação do \$6 to 194/74. Înca prévia contordância com a fut exidencia (no CAII) Divorciado Di	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por Invalidos permaras, em me submeter à análise médicies, permanentes decurrentes de ura avaliação médicia ou renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE Separado Judiciamente. VAIvo Sim Não 27 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima Sim 32	rente, com base no documentação médica ica presencial, caso necessário, ás custas acidente de trânsito causado per vericulo. ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE 24 - Deta do óbito da vitima: Itexou companheiro(a), informar o nome completo: e tinha irmãos, informar Falecidos: Sin pais/avás vivos? Na ireneficiários que se apresentarem e provarem gação de ressarcir o valor recebido, além da
indeniza Não há li O IML qu O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 75° Estado dvil da yitir 25 - Grau de Parer 28 - Vitima	cão do Seguro (IPVA) (Lea ML que atende a região do acido de atende a região do acido de atende a região do as seguimento da análiste do em a apresentação do las tuder para verificação de informe o disposto na sei sta autorização não significa controlado. DECLARA DECLARA DECLARA 10 Sotteiro C C C DECLARA 10 Sotteiro	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não exidente ou da minha residência não exidente ou da minha residência o meu pedido ce indentação do Sudo do IML, concordando, desde ja existêcia e quantificação das les o 194/74. Tica prévia concordância com a fut exide por exidencia e quantificação das les os previa concordância com a fut exidencia (no CAVII) Divordado Vitima deixou companheiro(a): Uniformiar 30 - Vitima debou Securido (no CAVII) Securido (no casos) No caso devido, a indentação do cortigo Pena exidencia partigo 739 do Cortigo Pena experimentação do declaração artigo 739 do Cortigo Pena experimentação do corti	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por invalidos permas a em me submeter à análise médicies permanentes decurrentes de ura avallação médicia ou renúncia separado judiciamente VAIvo Separado judiciamente VAIvo Sim Não 27 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima teve imãos? Não «Vivos Seguro DPVAT por morte aqueles binão verdadeira poderá gerar a obri CPF:	rente, com base na documentação médica ica presencial, caso necessário, ás custas acidente de trânsito causado per vericulo ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE 24 - Deta do óbito da vitima: Itexou companheiro(a), informar o nome completo: e tinha irmãos, informar Falecidos: Sin pais/avás vivos? Na ireneficiários que se apresentarem e provarem gação de ressarcir o valor recebido, além da
indeniza Não há li O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 75'- Estado civil da vitir 25 - Crau de Parer 28 - Vitima S teve filhos? N Insuressão digral da vitima nu beneficiario	cão do Seguro (IPVA) (Las Alba do Seguimento da análise do em a apresentação do las Euder para verificação não significação contrado. DECLARA	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não exidente ou da minha residência não exidente ou da minha residência o meu pedido ce indentação do Sudo do IML, concordando, desde ja existêcia e quantificação das les o 194/74. Tica prévia concordância com a fut exide por exidencia e quantificação das les os previa concordância com a fut exidencia (no CAVII) Divordado Vitima deixou companheiro(a): Uniformiar 30 - Vitima debou Securido (no CAVII) Securido (no casos) No caso devido, a indentação do cortigo Pena exidencia partigo 739 do Cortigo Pena experimentação do declaração artigo 739 do Cortigo Pena experimentação do corti	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por invalidos permara, em me submeter à análise médico carrentes de ura avaliação médico da renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE SEPARADJUDICIAMENTE VIÁVO Sim Não 27 - Se a vitima	rente, com base na documentação médica ica presencial, caso necessário, ás nostas acidente de trânsito causado por vericulo ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE 24 - Deta do óbito da vitima: Itexou companheiro(a), informar o nome completo: e tinha irmãos, informar pais/axos vivos? Na ireneficiários que se apresentarem e provarem pação de ressarcir o valor recebido, além da

FP5.001 V002/2019

	tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊN	CIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	MINVALIDEZ PERMANENTE MORTE
2 - Nº do sinistro o	ou ASI:	\$4507.953-7J	4-Name completo da vitima:	r Rocher
necommon proble	TODALI CÔTE CA DISTRATE	1.00	11101111	PRESENTANTE LEGAL)+CIRCULAR SUSEP № 445/2012
5 - Nome comple	AND IN COUNTY IN	9 6 0 (8) (8)		644,601,953-7
	MOINOS	Person Roch	OD SET SET SET SET SET SET SET SET SET	211001
7-Profissão	momo.	Endereco Maria	de 50- Rong.	9-Aŭmero: 10-Complemento:
11 - Bairro: MON	auho	12-Cidade Paccat	uba.	13 EE 14-61.809-080.
15 Email:	A		rail eon.	後号四岁422 335
nanos	SK mplu	LOO T CURADORI PARA	TIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTE	RE O A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
	leto do Representante Le		A CARROLL SACROMARIO SECURIO E A CARROLL SACRO	
ZHIVIINASO DE SEXUE	SOURCE WAS A STATE OF THE SECOND	1000	19 - Profissão do Representa	ente Lacal
18 - CPF do Repr			E-810 3400608050000	
Declaro, para t	ados os fins de direito, i	residir no endereço ac ma inform	ado, conforme comprovante ané	KO (ANEXAR COPIA).
20 - RENDA MEN	SAL DO TITULAR DA CONTA		R\$1.00 A R\$1,000,00	R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
		RECUSO INFORMAR SEM RENDA	R\$1.001,00 AFÉ R\$2,500,00	ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BAI	NCARIOS: IXI BENI	EFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFI	CIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTO)
** *********	2224	unos abalan. Assinale uma opção)	TCONTA CORRENTE AND	os os bancos)
☐ Bradesco	The state of the s		Nome do BANCO: Bh	adisw.
☐ Bancodo	Brasil (001) Caba E	conómica Federal (104)	-	0 0 0 0
AGÊNCIA:	CONT/	4:()(AGENCIA: (2999) (8) conta: (1004561) (4)
()nfo	amar o digito se existiri	(Information of the to se existin)	(nformar a cinto se o	
Autorixo a Seg	guradora Lider e creditar	na conta bancaria informada, de dando, desde já e somente após:	minha titularidade, o vainr da ind a efectivação do crédito, quitação f	denização/reembolso do Seguro DPVAT total do valor recebido,
Je 340,5000-01000-01	22 - DECLARAÇÃO DE A	JUSËNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENC	CHIMENTO SOMENTE PARA COBERTU	RA DE INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro,	cão do Securo DPVAT (LEI	nP.6.194/74), uma vez que:	o laudo do Instituto Médico Legal	
Não há li O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a prosapresentada si da Securadorá	ção do Seguro (IPVA) (Lia) ML que atenda a região do acio ue atende a região do acio ue atende a região do acio segulmento da análiso do la em a apresentação do la Lider para venificação do nforme o disposto na ser sta autorização não significación do contrado.	lo acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não izidente ou da minha residência o meu pedido de indenização do S udo do IML, confordando, desde) a existência e quantificação das les G 194/74.	r; ou realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por Invalido: permar a, em me submeter à análise médi bes permanentes decorrentes de ura avaliação médico ou renúncia.	nente, com base no documentação médica ca presencial, caso necessária, as custos acidente de trânsito causado aor vriculo ao direito de contestar a avaliação médica, caso
Não háil O IML qu O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradorá automotor, co Declaro que es	ção do Seguro (IPVA) (Lia) ML que atenda a região do acio ue atende a região do acio ue atende a região do acio segulmento da análiso do la em a apresentação do la Lider para venificação do nforme o disposto na ser sta autorização não significación do contrado.	lo acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não izidente ou da minha residência o meu pedido de indenização do S udo do IML, confordando, desde) a existência e quantificação das les G 194/74.	; ou realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por Invalido: permar a, em me submeter à análise médi bes permanentes decorrentes de	rente, com base na documentação medica ica presencial, caso necessária, as custas acidente de trânsito causado por vericulo ao direito de contestar a avaliação médica, caso extura DE MORTE
Não háil O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se	cão do Seguro III VAI (LEI ML que atende a região do acido de atende a região do acido de atende a região do assegulmento da análise do em a apresentação do las toder para verificação de nforme o disposto na sei sta autorização não significação de autorização não significação de autorização não significação de autorização não significação de autorização não significação por exempleo de autorização não significação de autorização de autorizaçõe de auto	lo acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não izidente ou da minha residência o meu pedido de indenização do S udo do IML, confordando, desde) a existência e quantificação das les G 194/74.	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por invalidos permas a em me submeter à análise médicos permanentes decorrectas de ura avaltação médico ou renúncia.	nente, com base no documentação médica ca presencial, caso necessária, as custos acidente de trânsito causado sor vriculo ao direito de contestar a avaliação médica, caso
Não há li O IML qu O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 23 - Estado dvil da yitir	cão do Seguro (IPVA) (Lia cada do Seguro (IPVA) (Lia cada do Activo do Activ	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não acidente ou da minha residência não acidente ou da minha residência o meu pedido ce indenização do Sudo do IML, concordando, desde ja existência e quantificação das les 6.194/74. Tida prévia concordância com a fut acide per un concordância com a fut	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por Invalidos permara, em me submeter à análise médica com rentes de sura avaliação médica do renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COSE SEPARADOJÚCIAS mente. VIVIVO	rente, com base no documentação médica ica presencial, caso necessário, ás custas acidente de trânsito causado per vericulo ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE
Não Há li O IML que O IML que O IML que O IML que Solicato a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 25 - Estado divil da vitir 25 - Gray de Parer	cão do Seguro (IPVA) (Las ML que atende a região do acido de atende a região do acido de atende a região do as seguimento da análise do em a apresentação do las toder para verificação de nforme o disposto na sei sta autorização não significando. DECLARA	to acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não exidente ou da minha residência o meu pedido ce indente, o do 5 udo do IML, concordando, desde ja existência e quantificação das los o 194/74. fica prévia concordância com a fut existência (punto de los previos de los los previas concordância com a fut existência (punto de los previos de los los previos de los los los previos de los los los los previos de los	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prato super eguro DPVAT, por Invalidos permaras com me submetor à análise mèdicies permanentes decorrentes de ura avallação médica ou renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE Separado Júdiciamente. VAIvo	rente, com base na documentação médica ica presencial, caso necessária, es custas acidente de trânsito causado por viriculo ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE 24 - Deta do óbito da virina:
indeniza Não há li O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 23 - Estado civil da vitir 25 - Cau de Parer 28 - Vitma S tace Filhos?	cão do Seguro (IPVA) (LB) ML que atende a região do acio de atende a apresentação do las cider para verificação do horame o disposto na seista autorização não significa contruido. DECLARA- DECL	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não acidente ou da minha residência o meu pedido ce indenização do \$ do do IML, concordando, desde) a existência e quantificação das let 6.194/74. fica prévia concordância com a fut acado no CMI] Divorcado Visima deixou companheiro(a); Informar 30-Visima debou S	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por Invalidor permar a, em me submeter à análise médi bes permanentes decorrentes de ura avaliação médica ou renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE SENCHI	rente, com base no documentação médica ica presencial, caso necessário, ás custas acidente de trânsito causado per vericulo. ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE 24 - Data do óbito da vitima: itexou companheiro(a), informar o nome completo: e tinha irmãos, informar falecidos: 33 - Vitima deixou. Sin pais/avos vivos?
indeniza Não há li O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 23 - Estado civil da vitir 25 - Crau de Parer 28 - Vitima S teve filhos? N	cão do Seguro (IPVA) (Lea Cado do Seguro (IPVA) (Lea ML que atende a região do acido de atende a região do acido de atende a região do acido de atende a apresentação do las Elder para verificação do horame o disposto na seista autorização não significa contrúdo. DECLARA	do acidente ou da minha residência dente ou da minha residência nacidente de minha residência nacidente ou da minha residência nacidente ou desta de minha residência na	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por invalidor permar a, em me submeter à análise médi sões permanentes decorrentes de ura avaliação medico ou renúncia EENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE Separado Júdicalmente VX0yo Sim	rente, com base na documentação médica ica presencial, caso necessário, as custas acidente de trânsito causado per vericulo ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE 24 - Data do óbito da vitima: ité cou companheiro(a), informer o nome completo: stinha irmãos, informer 33 - Vitima desique Sim
indeniza Não há li O IML qu O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 25° Estado divi da vitir 25 - Grau de Parer 28 - Vitima Si tive filhos? N Estou ciente de esta condição, es responsabilidade	cão do Seguro (IPVA) (Lea Cado do Seguro (IPVA) (Lea ML que atende a região do acido de atende a região do acido de atende a região do acido de atende a apresentação do las Elder para verificação do horame o disposto na seista autorização não significa contrúdo. DECLARA	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência dente ou da minha residência neu pedido ce indenização do \$ do do IML, concordando, desde) a existência e quantificação das let 6.194/74. fica právia concordância com a fut acado de UNICOS BENEFICIÁRIOS - PRI CAO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PRI Visima deixou companhairo(a); [Informar 30-Visima debou Si os: nacoturo (vainacos)? N ogara, caso devido, a indenização do us qualquer orhissão ou declaração	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por invalidor permar a, em me submeter à análise médi sões permanentes decorrentes de ura avaliação medico ou renúncia EENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE Separado Júdicalmente VX0yo Sim	rente, com base na documentação médica ca presencial, caso necessária, as rostas, acidente de trânsito causado per viriculo ao direito de contestar a avaliação médica, caso ERTURA DE MORTE 24 - Deta do óbito da vitima: Idexou companheiro(a), informar o nome completo: Etinha Irmãos, informar Falecidos: pais/avós vivos? Não
indeniza Não há li O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 23 - Estado civil da vitir 25 - Crau de Parer 28 - Vitima S teve filhos? N	cão do Seguro (IPVA) (Lea ML que atende a região do acida e a apresentação do las bideres o disposto na ceista autorização não significa contrado. DECLARA DECLARA (IPVA) (I	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência dente ou da minha residência neu pedido ce indenização do \$ do do IML, concordando, desde) a existência e quantificação das let 6.194/74. fica právia concordância com a fut acado de UNICOS BENEFICIÁRIOS - PRI CAO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PRI Visima deixou companhairo(a); [Informar 30-Visima debou Si os: nacoturo (vainacos)? N ogara, caso devido, a indenização do us qualquer orhissão ou declaração	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por invalidos permas, em me submeter à análise médica comentes de ura avaliação médica do renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE SEparado Júdicalmente VIVIVO Sim Não 27 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 31 -	rente, com base no documentação médica ca presencial, caso necessário, as custos acidente de trânsito causado por viriculo ao direito de contestar a avaliação médica, caso extura de Morte 24 - Deta do óbito da vitima: Iteroou companheiro(a), informor o nome completo: etinha irmãos, informar pais/avós vivos? Nã
indeniza Não há li O IML qu O IML qu O IML qu O IML qu Solicato a pros apresentada si da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 25° Estado civil da vitir 25 - Grau de Parer 28 - Vitima Si tive filhos? N	cão do Seguro (IPVA) (Lea ML que atende a região do acida e a apresentação do las bideres o disposto na ceista autorização não significa contrado. DECLARA DECLARA (IPVA) (I	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não exidente ou da minha residência não exidente ou da minha residência na meu pedido de indendando, desde ja existência e quantificação do \$6 to 194/74. Înca prévia contordância com a fut exidencia (no CAII) Divorciado Di	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por Invalidos permaras, em me submeter à análise médicies, permanentes decurrentes de ura avaliação médicia ou renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE Separado Judiciamente. VAIvo Sim Não 27 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima Sim 32	rente, com base no documentação médica ca presencial, caso necessário, as custos acidente de trânsito causado por viriculo ao direito de contestar a avaliação médica, caso extura de Morte 24 - Deta do óbito da vitima: Iteroou companheiro(a), informor o nome completo: etinha irmãos, informar pais/avós vivos? Nã
indeniza Não há li O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 75'- Estado civil da vitir 25 - Crau de Parer 28 - Vitima S teve filhos? N Insuressão digral da vitima nu beneficiario	cão do Seguro (IPVA) (Lea ML que atende a região do acido de atende a região do acido de atende a região do as seguimento da análiste do em a apresentação do las tuder para verificação de informe o disposto na sei sta autorização não significa controlado. DECLARA DECLARA DECLARA 10 Sotteiro C C C DECLARA 10 Sotteiro	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não exidente ou da minha residência não exidente ou da minha residência na meu pedido de indendando, desde ja existência e quantificação do \$6 to 194/74. Înca prévia contordância com a fut exidencia (no CAII) Divorciado Di	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por Invalidos permaras, em me submeter à análise médicies, permanentes decurrentes de ura avaliação médicia ou renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE Separado Judiciamente. VAIvo Sim Não 27 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima Sim 32 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima Sim 32	rente, com base no documentação médica ica presencial, caso necessário, ás custas acidente de trânsito causado per vericulo. ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE 24 - Deta do óbito da vitima: Itexou companheiro(a), informar o nome completo: e tinha irmãos, informar Falecidos: Sin pais/avás vivos? Na ireneficiários que se apresentarem e provarem gação de ressarcir o valor recebido, além da
indeniza Não há li O IML qu O IML qu O IML qu O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 75° Estado dvil da yitir 25 - Grau de Parer 28 - Vitima	cão do Seguro (IPVA) (Lea ML que atende a região do acido de atende a região do acido de atende a região do as seguimento da análiste do em a apresentação do las tuder para verificação de informe o disposto na sei sta autorização não significa controlado. DECLARA DECLARA DECLARA 10 Sotteiro C C Declara C C C C C C C C C C C C C C C C C C	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não exidente ou da minha residência não exidente ou da minha residência o meu pedido ce indentação do Sudo do IML, concordando, desde ja existêcia e quantificação das les o 194/74. Tica prévia concordância com a fut exide por exidencia e quantificação das les os previa concordância com a fut exidencia (no CAVII) Divordado Vitima deixou companheiro(a): Uniformiar 30 - Vitima debou Securido (no CAVII) Securido (no casos) No caso devido, a indentação do cortigo Pena exidencia partigo 739 do Cortigo Pena experimentação do declaração artigo 739 do Cortigo Pena experimentação do corti	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por invalidos permas a em me submeter à análise médicies permanentes decurrentes de ura avallação médicia ou renúncia separado judiciamente VAIvo Separado judiciamente VAIvo Sim Não 27 - Se a vitima im 31 - Vitima Sim 32 - Se a vitima teve imãos? Não «Vivos Seguro DPVAT por morte aqueles binão verdadeira poderá gerar a obri CPF:	rente, com base na documentação médica ica presencial, caso necessário, ás custas acidente de trânsito causado per vericulo ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE 24 - Deta do óbito da vitima: Itexou companheiro(a), informar o nome completo: e tinha irmãos, informar Falecidos: Sin pais/avás vivos? Na ireneficiários que se apresentarem e provarem gação de ressarcir o valor recebido, além da
indeniza Não há li O IML qu Solicito a pros apresentada s da Seguradora automotor, co Declaro que es discorde do se 75'- Estado civil da vitir 25 - Crau de Parer 28 - Vitima S teve filhos? N Insuressão digral da vitima nu beneficiario	cão do Seguro (IPVA) (Las Alba do Seguimento da análise do em a apresentação do las Euder para verificação não significação contrado. DECLARA	do acidente ou de minha residência dente ou da minha residência não exidente ou da minha residência não exidente ou da minha residência o meu pedido ce indentação do Sudo do IML, concordando, desde ja existêcia e quantificação das les o 194/74. Tica prévia concordância com a fut exide por exidencia e quantificação das les os previa concordância com a fut exidencia (no CAVII) Divordado Vitima deixou companheiro(a): Uniformiar 30 - Vitima debou Securido (no CAVII) Securido (no casos) No caso devido, a indentação do cortigo Pena exidencia partigo 739 do Cortigo Pena experimentação do declaração artigo 739 do Cortigo Pena experimentação do corti	realiza pericias para fins do Seguro realiza pericias com prazo super eguro DPVAT, por invalidos permara, em me submeter à análise médico carrentes de ura avaliação médico da renúncia. SENCHIMENTO SOMENTE PARA COBE SEPARADJUDICIAMENTE VIÁVO Sim Não 27 - Se a vitima	rente, com base na documentação médica ica presencial, caso necessário, ás nostas acidente de trânsito causado por vericulo ao direito de contestar a avaliação médica, caso RTURA DE MORTE 24 - Deta do óbito da vitima: Itexou companheiro(a), informar o nome completo: e tinha irmãos, informar pais/axos vivos? Na ireneficiários que se apresentarem e provarem pação de ressarcir o valor recebido, além da

FP5.001 V002/2019