



21/08/2020

Número: **0000951-26.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **22/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66732853	21/08/2020 13:37	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200136695

Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

Data do Acidente: 26/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

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 15673452





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, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200136695

Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

Data do Acidente: 26/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000058792-4

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





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, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200136695

Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

Data do Acidente: 26/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000058792-4**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DÁMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 007.260.534-90	4 - Nome completo da vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS		6 - CPF: 007.260.534-90		
7 - Profissão: 03 - Produção	8 - Endereço: RUA - OITO Nº 630	9 - Número: 630	10 - Complemento: CASA	
11 - Bairro: DOM JESUS	12 - Cidade: SERRA TALHADA	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56.306-220	
15 - E-mail:		16 - Telefone: 99998-1477		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF do Representante Legal:				
19 - Profissão do Representante Legal:				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00				
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS:				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para quem possui conta poupança) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)				
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (109)				
Nome do BANCO: _____				
AGÊNCIA: 014 (3) CONTA: 58742 (4)				
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____				
Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/semelhança do Seguro DPVAT a que eu sou titular de direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de recebimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:				
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou				
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou				
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Solcito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.				
Declaro que esta notificação (F-31) significa a minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de comparecer à avaliação médica, caso ocorra de minha responsabilidade.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Se a vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)				
26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____				
30 - Vítima deixou nascido(a) filho(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____				
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Ficou cliente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentem em primeiro lugar nesta condição, estendo-se, ainda, de que quem tiver um só ou dois beneficiários não vendendo poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.				
34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____				
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____				
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____				
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____				
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____				
Assinatura da testemunha				
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____				
Assinatura da testemunha				
40 - Local e Data: SERRA TALHADA - PE 20/01/2020				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Adailson Manoel de Medeiros				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____				
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____				





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 17ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA
INTERK/21º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 20ED267000663

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/02/2020 às 09:13

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado) que aconteceu no dia 28/12/2019 no período da Tarde.

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, RR 252, KM 413 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO QUARTEL DOS BOMBEIROS MILITARES**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

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

ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA MEDEIROS** Pai: **MANOEL RAMUNDO DE MEDEIROS** Data de Nascimento: **01/01/1980** Nacionalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **RG: 8940280/383/PE (RG), 08826052480 (CPF), 05519807181 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(S)** Estado civil: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 87988056099**

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 030, RUA OITO, BOM JESUS - CEP: 55030-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

AUTOMÓVEL (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/PIAT/BIENA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BEGE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/MONZA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

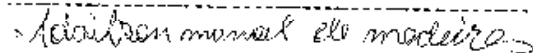


Processo: **PE03541** (PERNAMBUCO:SERRA TALHADA) Renovar: **450240062** Chassi: **9C26C4113C8481322**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**
Descrição: **EM NOME DE JOÃO BATISTA DE SOUZA**


Complemento / Observação

O SRº ADAILTON MANOEL DE MEDEIROS COMPARTILHOU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGUNDO RELATOS DO MESMO QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA RETROMENCIONADA E ESTAVA SOZINHO E NA BR 232 NAS PROXIMIDADES DO QUARTEL DO CORPO DE BOMBEIROS MILITARES UM DESCONHECIDO EM UM AUTOMÓVEL SIENA AO REALIZAR UMA MANOBRAS DE CONVERSÃO EM UM LOCAL PROPRIO AGACHOU COLIDINDO COM A MOTO PILOTADA PELO ADAILSON QUE ESTAVA TRANSITANDO NA BR, ASSIM O ADAILSON FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITARES COMO CONSTA CÓPIA DE CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 0187028-3º GE-DOP PARA O HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES COMO CONSTA TAMBÉM BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE PRONTO SOCORRO E EMERGÊNCIA DE Nº 103 DAQUELE HOSPITAL, E O DESCONHECIDO QUE CONDUZIA O VEÍCULO SIENA CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, SEM MAIS ENCONTRAR O PRESENTE DO.

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



ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **WAGNER ALVES DE ALMEIDA** - Matrícula: **320336-0**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE		<input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 007.260.534-80		4 - Nome completo da vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012							
5 - Nome completo: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS		6 - CPF: 007.260.534-80		7 - Profissão: 03 - Produção		8 - Endereço: RUA - OITO Nº 630	
9 - Número: 630		10 - Complemento: CASA		11 - Bairro: DOM JESUS		12 - Cidade: SERRA TALHADA	
13 - Estado: PE		14 - CEP: 56.306-220		15 - E-mail:		16 - Telefone: 33.9998-1477	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR							
17 - Nome completo do Representante Legal:							
18 - CPF do Representante Legal:							
19 - Profissão do Representante Legal:							
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).							
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:							
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00							
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00							
21 - DADOS BANCÁRIOS:							
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPEANÇA (Somente para quem possui conta poupança) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)							
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (109)							
Nome do BANCO: _____							
AGÊNCIA: 014 (3) CONTA: 58742 (4) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____							
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)							
Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/seguradora do Seguro DPVAT a que me inscrevi, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.							
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE							
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de recebimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:							
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou							
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou							
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.							
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.							
Declaro que esta declaração (Lei nº 6.194/74) significa a minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de comparecer à avaliação médica, caso ocorra de minha responsabilidade.							
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE							
23 - Se a vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)							
24 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)							
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)							
26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____							
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____							
30 - Vítima deixou nascido(a) filho(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____							
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
Foi o cliente de que a Seguradora LIDER pagou, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte e que os beneficiários que se apresentem em qualquer esta condição, estando vivos, ainda, de que que quer um só ou declarações não virem a gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.							
34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____							
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____							
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____							
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____							
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____							
Assinatura da testemunha							
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____							
Assinatura da testemunha							
40 - Local e Data: SERRA TALHADA - PE 20/01/2020							
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Adailson Manoel de Medeiros							
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____							
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____							

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	09/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000058792-4

Nr. da Autenticação 9866FAF21C5BDB55



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

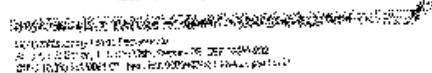
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000058792-4

Nr. da Autenticação FDABD696CD9DFBA2



[illegible]

DOI: 10.1002/anie.201607894

30063460 02/02/2012

12022021 0710512G20

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT
12/15/78	PAID TO BANK	15.14
12/16/78	PAID TO BANK	16.14
12/17/78	PAID TO BANK	16.14
12/18/78	PAID TO BANK	16.14
12/19/78	PAID TO BANK	16.14
12/20/78	PAID TO BANK	16.14
12/21/78	PAID TO BANK	16.14
12/22/78	PAID TO BANK	16.14
12/23/78	PAID TO BANK	16.14
12/24/78	PAID TO BANK	16.14
12/25/78	PAID TO BANK	16.14
12/26/78	PAID TO BANK	16.14
12/27/78	PAID TO BANK	16.14
12/28/78	PAID TO BANK	16.14
12/29/78	PAID TO BANK	16.14
12/30/78	PAID TO BANK	16.14
12/31/78	PAID TO BANK	16.14

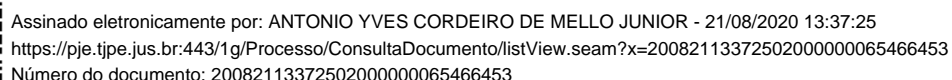
54 15

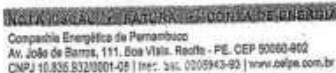
UNIT	DATE	TIME	LOCATION	REMARKS	INITIALS	SIGNATURE	DATE
UNIT 1	10/10/10	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00

[illegible]

TO THE HONORABLE SENATE OF THE UNITED STATES:
IN SENATE, FEBRUARY 1, 1907.
REPORT
OF THE
COMMISSIONERS OF THE GENERAL LAND OFFICE,
IN RESPONSE TO A RESOLUTION PASSED BY THE SENATE
JANUARY 10, 1906.
WASHINGTON:
GOVERNMENT PRINTING OFFICE:
1907.

STANDARD INFORMATION FOR THE USER OF THE REPORT

[illegible]



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

- RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

1130133025 12/2019
21/01/2020 13/01/2020
231 73

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

082447578

UNICA 16/12/2018

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 391–397

2000530116

390341

231.73

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Advto(MWh)	258,0000000	0,75727874	195,13
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,91
Acrescimo Bandeira VERMELHA			7,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 080765220-14/10/19			1,51
Doação APAE - 0800 722 2723			16,00

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
180754	CAT	13/11/2018	9.066,00	16/12/2018	6.214,00	33	1.00000		288,00

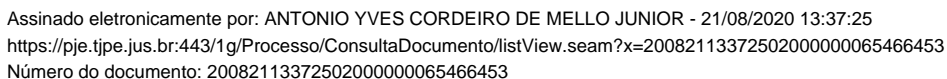
Mês	Consumo Médio (kWh)
MAI-18	188
MAI-19	171
JUN-19	176
JUL-19	188
AGO-19	171
SET-19	167
OUT-19	233
NOV-19	244
DEZ-19	232
JAN-19	219
FEB-19	240
MAR-19	229
ABR-19	193

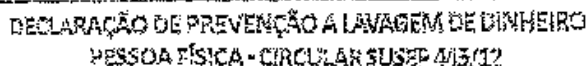
[illegible]

PERÍODO	VALOR AFUNDO	TENSÃO		
		LIMITE MENOR	LIMITE TRISEMANAL	LIMITE ANUAL
1990	1,23	5,43	10,08	21,73
1991	1,00	3,30	8,00	13,20
1992	1,20	3,11	8,00	8,00

TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	SECO	ALAGADO
220	202	231

LÍNEA GICR 12/22 E/SO - Valor de Energia de Ure do Sistema de Distribuição = R\$ 77,28





Para mais informações, acesse o site www.seguranomfda.gov.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para dúvidas sobre indicações e prêmios): 0800-0221136
 Central de Registros (matrículas): 020-21396 / Outras regiões: 020-2221136

ಪ್ರತಿಭಾಷಿತರ ಸಹಾಯದೊಂದಿಗೆ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಸೂಕ್ತವಾದ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು. (ಪ್ರತಿಭಾಷಿತರ ಸಹಾಯದೊಂದಿಗೆ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಸೂಕ್ತವಾದ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು.)

O usuário, dentro deste formulário, pode fazer parte integrante do processo de liquidação da dívida, mediante assinatura e envio por e-mail, para o endereço eletrônico:

http://www2.usgs.gov/BIE/10TECA/NS/DOCC/CRINAL_A58X771604300/IN60-2013/

A Comissão julgou no 45/17, que trata da proteção à imagem de indivíduos no mercado registado, determinar que contra os seus dados não possam ser constituídos ficheiros de pessoas afilhadas ao pagamento de indemnizações. Este caso não deve ser visto, como os de pagamento de indemnizações por danos, como aqueles de natureza de proteção de dados, e de fato, os dados em causa não são de natureza de identificação pessoal.

A responsabilidade por fornecer as informações da simulação é sendo, neste formulário, atribuída ao pagante de Imposto de Renda. A figura 10.10, contudo, por determinação de relatório Cúrcia, sete pontos é possível a simulação de COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS FAMILIARES - SUPER. SEGUROS RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA SOCIAL, AGRESTA, CAPACITAÇÃO E APOSENTADO. ² CONSELHO DE FISCALIZAÇÃO ADMINISTRATIVA FISCALIZADORAS - CFAR, ÓRGÃO INTERIUS DA INSTITUIÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, TEM POR FINALIDADE EM FISCALIZAR APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E QUANTIFICAR AS OCORRÊNCIAS RESPECTO DE ATIVIDADES NÚCLEAS PREVISTAS NA LEI Nº 8.112/90.

Assento (a) no CPF/CNPJ 004.795.314 / 09, na qualidade de responsável (a) / inscrito(a) (a) do beneficiário

ADDISON MANUEL DE MEDEIROS Inserta (e) no CPF em: 6 no CPF: 26.544.100

do Ministro de DEPARTAMENTO INVA LID E Z de Vidua ADALSON MANOEL DE MEDEIROS

Inscrito (a) no CPF sob o nº 288.066.574-1/20 conforme determinação da Circular nº 461/11.

Descrição Profissional: RECURSO Venda: RECURSO e apresentação de documentos comprobatórios

References

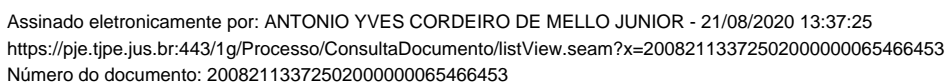
Declaro ainda, sob as penas da lei, para fins de prova de residência junto à Seguradora União-Seguros, reside no endereço citado, assinando o registro de domicílio de residência de endereço informado. Deixo ainda de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no art. 258 do Código Penal.

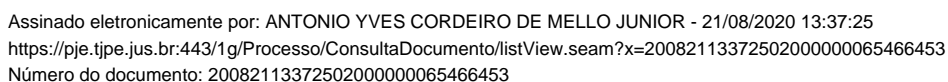
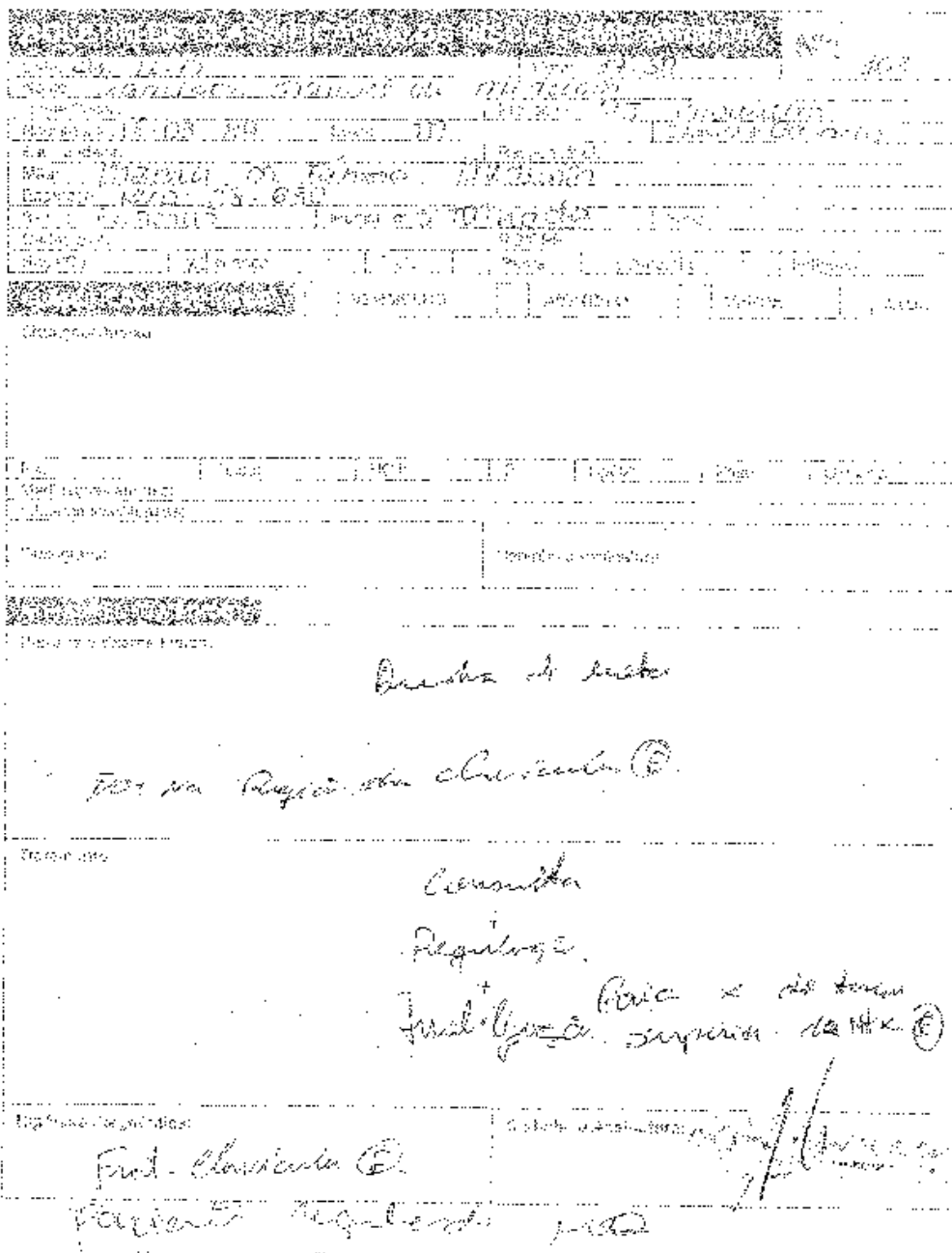
Endereço	Bento Gonçalves DE SOUZA		Número	5728	Complemento	BASEA	
Cidade	SÃO CRISTÓVÃO	CEP	Estado		CE	56902-220	
E-mail	gmg@sequoia.com					Telefone	9940993-1492

Local e Data: SERRA TALMADA-PE 26/03/2020

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

05/08/2021 14:00:20





Sistema Único de Saúde SUS	Ministério da Saúde Secretaria de Saúde Pernambuco	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE Hospital Francisco Anselmo Ltda.		
2 - NÚMERO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda.		3 - UF PE
Identificação do Paciente 4 - NÚMERO DO DOCUMENTO 06 8340266		5 - NOME DO PACIENTE Wagner de Almeida Junior
6 - DATA DE NASCIMENTO 03/03/1989		7 - SEXO M
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Wagner de Almeida Junior		9 - ENDEREÇO Av. ...
10 - CID - DOB (MUNICÍPIO) 08031889		11 - CID - DOB (UF) PE
12 - CID - DOB (PAÍS) BR		13 - CID - DOB (MUNICÍPIO) 08031889
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 14 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO <div style="font-size: 2em; text-align: center;"> + no grupo para laboratório. </div>		
15 - FRASE FAZ RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="font-size: 2em; text-align: center;"> Lx </div>		
16 - CID - DOB (MUNICÍPIO) 08031889		
17 - CID - DOB (PAÍS) BR		
18 - CID - DOB (MUNICÍPIO) 08031889		
PROCEDIMENTO SOLICITADO 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 1º cirurgia de ...		
20 - DATA DO PROCEDIMENTO 21/08/2020		21 - NOME DO RESPONSÁVEL ...
22 - NOME DO RESPONSÁVEL ...		23 - NOME DO RESPONSÁVEL ...
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA) 24 - NOME DO ACIDENTE ...		
25 - NOME DO ACIDENTE ...		
26 - NOME DO ACIDENTE ...		
27 - NOME DO ACIDENTE ...		
28 - NOME DO ACIDENTE ...		
29 - NOME DO ACIDENTE ...		
30 - NOME DO ACIDENTE ...		
31 - NOME DO ACIDENTE ...		
32 - NOME DO ACIDENTE ...		
33 - NOME DO ACIDENTE ...		
34 - NOME DO ACIDENTE ...		
35 - NOME DO ACIDENTE ...		
36 - NOME DO ACIDENTE ...		
37 - NOME DO ACIDENTE ...		
38 - NOME DO ACIDENTE ...		
39 - NOME DO ACIDENTE ...		
40 - NOME DO ACIDENTE ...		
41 - NOME DO ACIDENTE ...		
42 - NOME DO ACIDENTE ...		
43 - NOME DO ACIDENTE ...		
44 - NOME DO ACIDENTE ...		
45 - NOME DO ACIDENTE ...		
46 - NOME DO ACIDENTE ...		
47 - NOME DO ACIDENTE ...		
48 - NOME DO ACIDENTE ...		
49 - NOME DO ACIDENTE ...		
50 - NOME DO ACIDENTE ...		
51 - NOME DO ACIDENTE ...		
52 - NOME DO ACIDENTE ...		
53 - NOME DO ACIDENTE ...		
54 - NOME DO ACIDENTE ...		
55 - NOME DO ACIDENTE ...		
56 - NOME DO ACIDENTE ...		
57 - NOME DO ACIDENTE ...		
58 - NOME DO ACIDENTE ...		
59 - NOME DO ACIDENTE ...		
60 - NOME DO ACIDENTE ...		
61 - NOME DO ACIDENTE ...		
62 - NOME DO ACIDENTE ...		
63 - NOME DO ACIDENTE ...		
64 - NOME DO ACIDENTE ...		
65 - NOME DO ACIDENTE ...		
66 - NOME DO ACIDENTE ...		
67 - NOME DO ACIDENTE ...		
68 - NOME DO ACIDENTE ...		
69 - NOME DO ACIDENTE ...		
70 - NOME DO ACIDENTE ...		
71 - NOME DO ACIDENTE ...		
72 - NOME DO ACIDENTE ...		
73 - NOME DO ACIDENTE ...		
74 - NOME DO ACIDENTE ...		
75 - NOME DO ACIDENTE ...		
76 - NOME DO ACIDENTE ...		
77 - NOME DO ACIDENTE ...		
78 - NOME DO ACIDENTE ...		
79 - NOME DO ACIDENTE ...		
80 - NOME DO ACIDENTE ...		
81 - NOME DO ACIDENTE ...		
82 - NOME DO ACIDENTE ...		
83 - NOME DO ACIDENTE ...		
84 - NOME DO ACIDENTE ...		
85 - NOME DO ACIDENTE ...		
86 - NOME DO ACIDENTE ...		
87 - NOME DO ACIDENTE ...		
88 - NOME DO ACIDENTE ...		
89 - NOME DO ACIDENTE ...		
90 - NOME DO ACIDENTE ...		
91 - NOME DO ACIDENTE ...		
92 - NOME DO ACIDENTE ...		
93 - NOME DO ACIDENTE ...		
94 - NOME DO ACIDENTE ...		
95 - NOME DO ACIDENTE ...		
96 - NOME DO ACIDENTE ...		
97 - NOME DO ACIDENTE ...		
98 - NOME DO ACIDENTE ...		
99 - NOME DO ACIDENTE ...		
100 - NOME DO ACIDENTE ...		

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 13:37:25
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082113372502000000065466453>
 Número do documento: 20082113372502000000065466453

Item	Descrição	Valor	Observações
1	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
2	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
3	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
4	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
5	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
6	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
7	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
8	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
9	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
10	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
11	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
12	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
13	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
14	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
15	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
16	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
17	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
18	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
19	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
20	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
21	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
22	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
23	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
24	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
25	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
26	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
27	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
28	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
29	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
30	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
31	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
32	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
33	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
34	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
35	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
36	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
37	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
38	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
39	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
40	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
41	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
42	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
43	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
44	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
45	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
46	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
47	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
48	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
49	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
50	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
51	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
52	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
53	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
54	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
55	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
56	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
57	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
58	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
59	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
60	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
61	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
62	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
63	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
64	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
65	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
66	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
67	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
68	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
69	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
70	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
71	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
72	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
73	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
74	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
75	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
76	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
77	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
78	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
79	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
80	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
81	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
82	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
83	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
84	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
85	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
86	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
87	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
88	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
89	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
90	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
91	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
92	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
93	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
94	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
95	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
96	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
97	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
98	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
99	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		
100	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO		

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 13:37:25

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082113372502000000065466453

Número do documento: 20082113372502000000065466453



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 13:37:25
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082113372502000000065466453>
 Número do documento: 20082113372502000000065466453

07/02/2020

SEMGOVPE - 5207070 - CBMPF - Certidão de Ocorrência



Estado de Pernambuco
Secretaria da Defesa Social
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco
CBMPF - 3º GB - DOP

Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 413, - Bairro Cachoeira II, Serra Talhada/PE



SERRA TALHADA-PE, 06 de fevereiro de 2020.

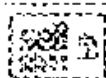
CRISTIANO CORREA
Ten Cel 3M - Cmt do 3º CB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 818 / 2020 - 3º CB - DOP

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. **GEORGE CARLOS MELO LIMA (PROCURADOR)**, RG 5840550 SSP/PE, CPF 508.475.324-29, residente à Rua Antônio Tomé de Souza, 573, São Cristóvão, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, no que consta que foi deslocada a viatura AR 656 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 17:40h do dia 25 de dezembro de 2019, comandada pelo CB Q3MG 1/710256-0 **HENRIQUE FERNANDES DE SOUZA**, para uma ocorrência de APH (**QUEDA DE MOTOCICLETA**), nº B (1339262), sendo vitimado o Sr. **ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**, RG 8840380 SDS/PE, CPF 065.260.534-80, o qual conduzia a motocicleta, marca/modelo, **HONDA/CG 125 FAN KS**, placa **PEQ-6541**, vermelha, no momento em que veio a cair. A guarnição visualizou o veículo no local da ocorrência. O acidente ocorreu na BR 232, Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada-PE, e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: escoriações e ferimentos no tronco e fratura fechada no membro superior esquerdo. O mesmo foi socorrido e conduzido ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados da Fmfa, **AYANE QUEIROZ**, COREN 319215, prontuário 103.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pelo SD Q3MG 1/718149-3 **JOSÉ HUMBERTO PEREIRA** e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações e certificada pelo Comandante da Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000653-000303/2020-30



Documento assinado eletronicamente por Cristiano Correa, em 06/02/2020, às 13:49, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por Wamberg Rodrigues dos Santos, em 07/02/2020, às 09:07, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por José Humberto Pereira, em 07/02/2020, às 09:07, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://api.pe.gov.br/sic/controlador_externo.php?acao=documento_verificar&id_documento=5207070&id_documento=6466453, informando o código verificador 5207070 e o código CRC 6106037D.

https://sdl.pe.gov.br/sic/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=emenda_visualizar&id_documento=6466453&id_documento=6466453



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200136695 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS **Data do acidente:** 26/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P 1.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200136695 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS **Data do acidente:** 26/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 1.
PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA QUANTIFICAÇÃO DE GRAU MODERADO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PÁG. 1.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200136695 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS **Data do acidente:** 26/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P 1.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Adilson Manoel de Matos, brasileiro(a), estado civil: casado
 Professor: Ardele C., portador(a) do RG 2.240.320, órgão expedidor SP
 e do CPF 022.201.574-80 residente no(a) RUA - OITO N.º 30
N.º 30, bairro: Plan. Jussara, município: Serra Talhada

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CA SADO
 Profissão: PROCURADOR, servidor(a) do RG 5440520, órgão expedidor CCP/PE
 e do CPF: 004.425.334-29 residente no(a) ANTÔNIO TOME DE SOUZA
 nº 593, bairro: SÃO CIPRIANO município: SERRA TALHADA, PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomei a confiante meu bastante procurador e outorgado idôneo qualificado, a quem confio poderes especiais para representá-lo perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado se entenda em meu poder de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação no referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessariamente for, apresentar, firmar documentos, certificações e assinar o formulário Pedido de Seguro DPVAT. A precatório, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste meu mandato, de vossa

EDIVALDO MARQUES DE MEDEIROS
CPF nº 060.362.537-04 Data do documento: 04/03/2019 Corretora: TUVIA LINS

Caro, 14/03/2019

Local e data: 5/5/2019 14:14:24 rPE 22/01/2020

Local e-data: *SE229 19LM29 +PE 22/01/2020*

~~Deliberate and intentional~~

Assinatura do outorgante _____
(Ressignação feita por extensibilidade)

ଉପରୋକ୍ତ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଉପରେ ଆଧାର କରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ପ୍ରଶ୍ନ ଉତ୍ତର କର।

ተፈጻሚነት ይኖራል።

CADA UNO DE QUIEN ASISTIA A REUNIONES:

Name: Bradley, Erika

Protestado: _____ portador(s) do RG: _____ órgão expedidor: _____

8. DO CFP: _____, residente no(a) _____

02 begin multiple

Nome: _____
Cognome: _____

ଆସୀନକାରୀଙ୍କ ସହ ପ୍ରଶ୍ନୋତ୍ତର କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ & ସଭା

TESTIMONIALS

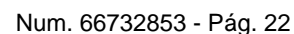
1. Name:
CPE:

સકલિંગિયન

TESTIMONIALS

2. 시도
지방

ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰ



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106793/20

Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

CPF: 088.260.534-80

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 26/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS : 088.260.534-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/04/2020
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106793/20

Número do Sinistro: 3200136695

Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

CPF: 088.260.534-80

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 26/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/04/2020
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

