

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Maio de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200171466**      **Vítima: JOSE MOURA NETO**

**Data do Acidente: 02/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE MOURA NETO**

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



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

---

Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200171466**

**Vítima: JOSE MOURA NETO**

**Data do Acidente: 02/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE MOURA NETO**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200171466** Vítima: JOSE MOURA NETO

**Data do Acidente: 02/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE MOURA NETO**

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 quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6.25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE MOURA NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 077

Agência: 000000001

Conta: 000006071513-8

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, retorno 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](http://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](http://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 Julho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200171466**      **Vítima: JOSE MOURA NETO**

**Data do Acidente: 02/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE MOURA NETO**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 03/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

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

2 - NP do solicitante ou AEL: 3 - CPF da vítima: 108.089.394-67 4 - Nome completo da vítima: JOSE MOURA NETO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	JOSE MOURA NETO	6 - CPF:	108.089.394-67
7 - Profissão:	AGRICULTOR	8 - Endereço:	RUA INOCÉNIO JERÔNIMO
11 - Bairro:	CENTRO	12 - Cidade:	FREI MIGUELINHO
15 - E-mail:		13 - Estado:	PE
		14 - CEP:	56780-000
		16 - Tel./DDD:	81-99665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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 na 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\$1.00 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:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFÍCIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE)

CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine a uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: INTELIZ

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar no conto bancário informado, de minha titularidade, o valor da Indenização/Cumprimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor reemborsado.

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

Declaro, sob a pena da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 194/74), uma vez que:  

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

 Soube o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação trazida apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e evolução das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.  
 Iscuro que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou restringe o direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da sua conclusão.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado/vivo/casado  Divorciado  Separado/vivendo  Viúvo  Se o falecido é viúvo:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a):  sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider, nessa, não devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ameaça ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por fraude da artigo 269 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: FREI MIGUELINHO, 08/05/2020.

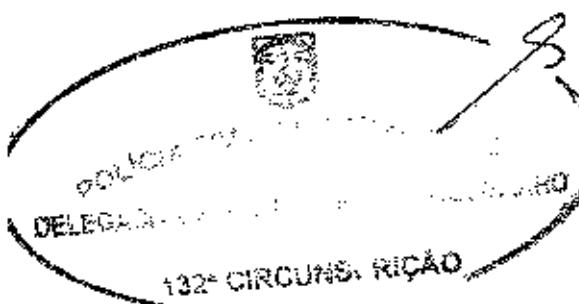
X JOSE MOURA NETO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 132ª CIRCUNSCRIÇÃO - FREI MIGUELINHO - DP132ºCIRC  
DINTER1/16ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0222000096**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/04/2020** às **17:36**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **2/2/2020** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FREI MIGUELINHO, 1, SITIO PINTOS PE - 80 - ZONA RURAL**  
 - Bairro: **CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A PARADA DO ZEZÃO**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**JOSÉ EDNALDO ALVES DA SILVA ( OUTRO )**  
**JOSÉ MOURA NETO ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ MOURA NETO**

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

**JOSÉ MOURA NETO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVONE BELARMINA DE MOURA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **22/10/1990** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9100806/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **-971189866**

Endereço Residencial: **RUA INOCENCIO JERONIMO, 52, SITIO SETE RANCHOS DE SANTA MARIA DO CAMBUCA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**JOSÉ EDNALDO ALVES DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ EDNALDO ALVES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ MOURA NETO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIV9973** (PERNAMBUCO/CUPIRA) Renavam: **884647986** Chassi: **9C2KC0810GR938558**  
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

**VEICULO SIENA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/SIENA** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

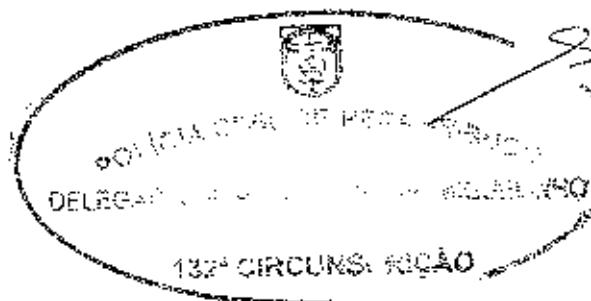
**NESTA DATA COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SR. JOSÉ MOURA NETO NOTICIANDO QUE NO DIA 02/02/2020 POR VOLTAS DAS 15H30 CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KIV-9973 PELA PE - 90 NO SITIO PINTOS, SEGUIA SENTIDO AO MANDURI, QUANDO REALIZOU UMA MANOBRA DE ULTRAPASSAGEM DE UM VEÍCULO SIENA, QUE AO REALIZAR A ULTRAPASSAGEM, O MOTORISTA DO VEÍCULO DEU UM FECHA (TRANCADO) NÃO PERMITINDO A ULTRAPASSAGEM, QUE NA OCASIÃO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR NO MEIO DA VIA, SOFRENDO LESÕES GRAVES PELO CORPO. LOGO APÓS O ACIDENTE, A VÍTIMA DEU ENTRADA NA POLICLINICA DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ - PE. E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste (HRA) NA CIDADE DE CARUARU, ONDE FOI SUBSTITIDO A TRATAMENTO CIRURGICO.,**

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

*José Moura Neto*

**JOSÉ MOURA NETO**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JURANDI EUSTÁQUIO DE LIMA JUNIOR** - Matrícula: **272.957-1**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - NP do solicitante ou AEL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: JOSE MOURA NETO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:	6 - CPF:		7 - Número:	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Complemento:		10 - CEP:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:		14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel./DDD:			

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

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

Declaro, para todos os fins de direito, residir na 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\$1.00 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:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE)

CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine a uma opção):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):Nome do BANCO:  INTESAAGÊNCIA:  CONTA:  

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar no conto bancário informado, de minha titularidade, o valor da Indenização/Cumprimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor reemborsado.

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob a penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que abrange a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação trazida apresentando, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e evolução das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou reatualização direta de contestar a avaliação médica, caso discente da seu conselho.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado/vivo/CMN	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado/vivendo	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:
25 - Grau de parentesco com a vítima:	25 - 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros/vitrescos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider, nessa, não devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ameaça ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal perante a fração do artigo 269 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha

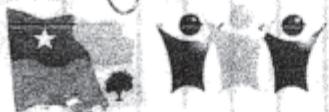
40 - Local e Data:  FREI MIGUELINHO, 08/05/2020. JOSE MOURA NETO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



PREFEITURA DE  
**SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**  
Trabalhando com o povo

**SERVIÇO DE  
PRONTO ATENDIMENTO**

Data: 02/02/2020	Hora: 16:43	Registro:
Nome: José Moura Neto	Referência:	
Endereço: Entrada de Braga de São Carlos	Cidade: Frei Miguelinho	
Bairro:	Cor: Branco	Profissão:
Idade: 29 anos	Sexo: M	
Responsável: Irene Belarmino de Moura	Fone:	
Endereço do Responsável:		

**DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO**

VEÍCULO: Automóvel  Ônibus  Moto  Outro  Ignorado

MODO: Atropelamento  Colisão  Capotagem  Outro  Ignorado

**AGRESSÃO**

POR: Arma de Fogo  Arma Branca  Espancamento  Outro  Ignorado

MODO: Assalto/Briga  Ação Policial  Agressão Sexual  Outro  Ignorado

**ACIDENTE DE TRABALHO**

ORIGEM: Construção Civil  Indústria  Agricultura  Comércio  Outro  Ignorado

**AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO**

POR: Arma de Fogo  Enforcado  Drogas  Queda de Nível  Outro  Ignorado

**OUTROS TIPOS DE ACIDENTES**

Intoxicação Acidental  Queda Acidental  Afogamento  Queimadura  Outro  Ignorado

**LOCAL DE OCORRÊNCIA**

Via Pública  Domicílio  Ambiente de Trabalho  Escola  Outro  Ignorado

Queixas:

(This section contains several blank lines for writing symptoms.)

Exame Físico:

PA: 110/80 FC: 96 Pulso: Temperatura: HGT: 141

Sat: 95%

(This section contains several blank lines for writing vital signs and oxygen saturation.)

Hipótese Diagnóstica:

(This section contains several blank lines for writing diagnostic hypotheses.)

Procedimentos: Cód.:

(This section contains several blank lines for recording medical procedures and codes.)

Data	Prescrição	Evolução de Enfermagem	Evolução	Hora
02/07/2007	<p>Oidur, moto x cord</p> <p>Saíndo Mercedes, bairro Parque São Vicente, via Pará, num moto, caiu, bateu a cabeça em blocoamento e deu a impressão de feridas. Pôs na coluna pulpa, num sentido, ali faltava, na II, num sentido, só faltava pôr, bateu no chão, bateram, vio. apresentando lesões em um mês e meio</p> <p>D - suspeito pt nos lápites, segundos do agente.</p> <p>não dia e noite, 24hs</p>	 <p>Dr. Caio A. Gomes CRM/PB 12.544 Meatudo</p>		

#### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

EVOLUÇÃO:

Alta

Transferido

Óbito

TODAS AS ANOTAÇÕES FEITAS DEVEM SER ASSINADAS PELO RESPONSÁVEL

# 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: 16/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MOURA NETO

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000006071513-8

---

Nr. da Autenticação 4E558C39DBE685EA

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1431155659

**MORAIS SISTEMAS | FATURAS | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

**COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO**  
 AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
 RECIFE - PERNAMBUCO  
 CEP: 50100-902  
 DDD 81 3222-0002-96  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-32



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.429, de 2002  
**COMERCIAL** 116 | PRONTIÇÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 222 0142

Ouvintes: 0800 222 5593

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
 do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 727 0167

Ligações Gráteis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 157

Ligações Gráteis de telefones fixos e telefones

na origem para telefones celulares

<b>DADOS DO CLIENTE:</b> <b>JOSE EDIELSON GERMANO DA SILVA</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>31/03/2020</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 24/03/2020	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>4005824406</b>
<b>ENDEREÇO</b> RUA INOCÉNCIO JERONIMO 52 - CENTRO/FREI MIGUELINHO -55780-000 FREI MIGUELINHO PE -	<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 284,59</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 24/03/2020	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Monofásico B1

<b>PERÍODO CONSUMO</b> 21/02/2020 a 24/03/2020	<b>CONSUMO</b> 306
---	-----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do Imposto R\$ 60,75

<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>		<b>VIA PARA PAGAMENTO</b>	
------------------------------	--	---------------------------	--

Deslize aqui

<b>CONTA CONTRATO</b> 4005824406	<b>MÊS/ANO</b> 03/2020	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 284,59	<b>VENCIMENTO</b> 31/03/2020	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

838300000020 845900110040 005824406100 145723665938



**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1422634952



COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS 111, FOA / FESTA  
RECIFE - PERNAMBUCO  
CEP: 50050-501  
CNPJ: 10.881.935/0001-02  
DISCRIONÍA ESTADUAL: 1002943-92



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.452 de 20/04/02  
COMERCIAL: 115 | PRONTIDÃO: 115  
Atendimento ao cliente: auditivo ou de voz: 0800 281 0042  
Ouvidoria: 0800 281 9999  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 129 0161  
Ligações Gratuitas de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167-  
Ligações Gratuitas de telefones fixos e móveis  
na origem para telefones celulares

<b>DADOS DO CLIENTE:</b> <b>EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO:</b> <b>18/02/2020</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 04/02/2020	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>7027266252</b>
<b>ENDERECO</b> RUA MANOEL ALVES DE MOURA 21 AP-601 - CABACEIRAS/SURUBIM -55750-000 SURUBIM PE -	<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 83,95</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 11/02/2020	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Trifásico B1
<b>PERÍODO CONSUMO</b> 07/01/2020 a 04/02/2020	<b>CONSUMO</b> 100	<b>VIA PARA PAGAMENTO</b>	
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do Imposto R\$ 19,51			

Destaque aqui!

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7027266252	02/2020	R\$ 83,95	18/02/2020	<b>Evite dobrar e perfurar ou rasurar.</b> <b>Este canhoto será usado em leitura ótica.</b>
838400000006 839500110073 027266252100 144736043738				<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE R. FERNANDES Inscrito (a) no CPF 524.940.534-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ MOURA NETO Inscrito (a) no CPF sob o N° 108.089.394-67, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima José Moura Neto Inscrito (a) no CPF sob o N° 108.089.394-67, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

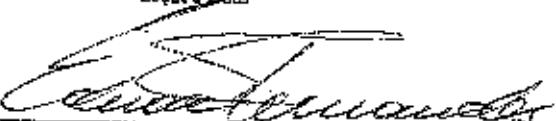
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA MANOEL ALVES DE MOURA</u>		Número	<u>64</u>	Complemento	<u>01 CASA</u>				
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>SUQUÍBIM</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>55750-000</u>			
Email			Telefone comercial (DDDI)	81-99668-0454			Telefone celular (DDDI)	81-98139-5022		

SUQUÍBIM, 08 de JULHO de 2020.

Local e Data

  
Assinatura do Declarante

PREFEITURA DE  
**SANTA MARIA DO CAMBUÁ**  
Trabalhando com o povo

**SERVIÇO DE  
PRONTO ATENDIMENTO**

Data: 09/10/2020	Hora: 16:43	Registro:
Nome: <b>José Moura Neto</b>		Referência:
Endereço: <b>Entrada de Braga de São Paulo</b>	Bairro: <b>Fazenda São João</b>	
Cidade: <b>Frei Miguelinho</b>		Profissão:
Idade: 29 anos	Sexo: M	Col.: <b>ITACOCA</b>
Responsável: <b>Eylene Belarmino da Moura</b>		
Endereço do Responsável:		Fone:

<b>DADOS DO ACIDENTE DE VEÍCULOS</b>					
<b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>					
VEÍCULO:	Automóvel <input type="checkbox"/>	Ônibus <input type="checkbox"/>	Moto <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
MODO:	Atropelamento <input type="checkbox"/>	Colisão <input type="checkbox"/>	Capotagem <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
<b>AGRESSES</b>					
POR:	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Arma Branca <input type="checkbox"/>	Espancamento <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
MODO:	Assalto/Briga <input type="checkbox"/>	Ação Policial <input type="checkbox"/>	Agressão Sexual <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
<b>ACIDENTE DE PROPRIEDADE</b>					
ORIGEM:	Construção Civil <input type="checkbox"/>	Indústria <input type="checkbox"/>	Agricultura <input type="checkbox"/>	Comércio <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
<b>INTOXICAÇÃO AGREDIDA</b>					
POR:	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Enforcado <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>	Queda de Nível <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
<b>INTROSSÍNIOS DE ACIDENTES</b>					
Intoxicação Acidental <input type="checkbox"/>	Queda Acidental <input type="checkbox"/>	Afogamento <input type="checkbox"/>	Queimadura <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
<b>LUGAR DE OCORRÊNCIA</b>					
Via Pública <input type="checkbox"/>	Domicílio <input type="checkbox"/>	Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/>	Escola <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
Quais:					
Exame Físico:					
PA: <b>110x80</b>	FC: <b>96</b>	Pulso: <b></b>	Temperatura: <b></b>	HGT: <b>174</b>	
SPO: <b>95%</b>					
Hipótese Diagnóstica:					
Procedimentos:					Cód.:

**EXAME**

01/01/2014

Exame para excluir lesões  
de origem vascular cerebral.

Exames de imagem realizados  
na ultima avaliação não evidenciaram  
anormalidades.

Exames de sangue e urina  
realizados no dia anterior

foram normais.

Dr. Caco A. Gonçalves  
Residente  
CRM/PR 12.544

Possível comprometimento vascular cerebral.  
Recomendação: Realizar exames de sangue e urina.

Academia de Medicina

Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro

CEP 80040-000 - Fone: (61) 3225-1111

E-mail: [academiamedicina.com.br](mailto:academia@academiamedicina.com.br)

Site: [www.academiamedicina.com.br](http://www.academiamedicina.com.br)

Facebook: Academia de Medicina

Twitter: <https://twitter.com/academiamed>

Instagram: <https://www.instagram.com/academiamedicina/>

YouTube: <https://www.youtube.com/channel/UCtDwzXWVfJLjyOOGdCgkQSw>

LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/academia-de-medicina/>

Google+: <https://plus.google.com/u/0/communities/102000000000000000000>

Orkut: <https://www.orkut.com.br/group/102000000000000000000/>

Wikipedia: [https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Academia\\_de\\_Medicina&oldid=10000000](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Academia_de_Medicina&oldid=10000000)

WIKI: [https://pt.wikimediacommunity.org/w/index.php?title=Academia\\_de\\_Medicina&oldid=10000000](https://pt.wikimediacommunity.org/w/index.php?title=Academia_de_Medicina&oldid=10000000)

WIKI: [https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Academia\\_de\\_Medicina&oldid=10000000](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Academia_de_Medicina&oldid=10000000)

Alta

Transferido

Obito

EVOLUÇÃO:

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

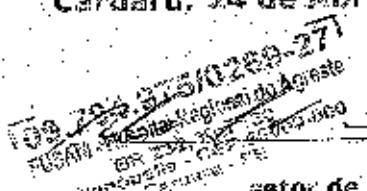
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. (a) José Moura Neto, Esteve Interno (a) nesta Unidade de Saúde no dia 02/03/2020 a 03/03/2020. Registro.: 353785

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

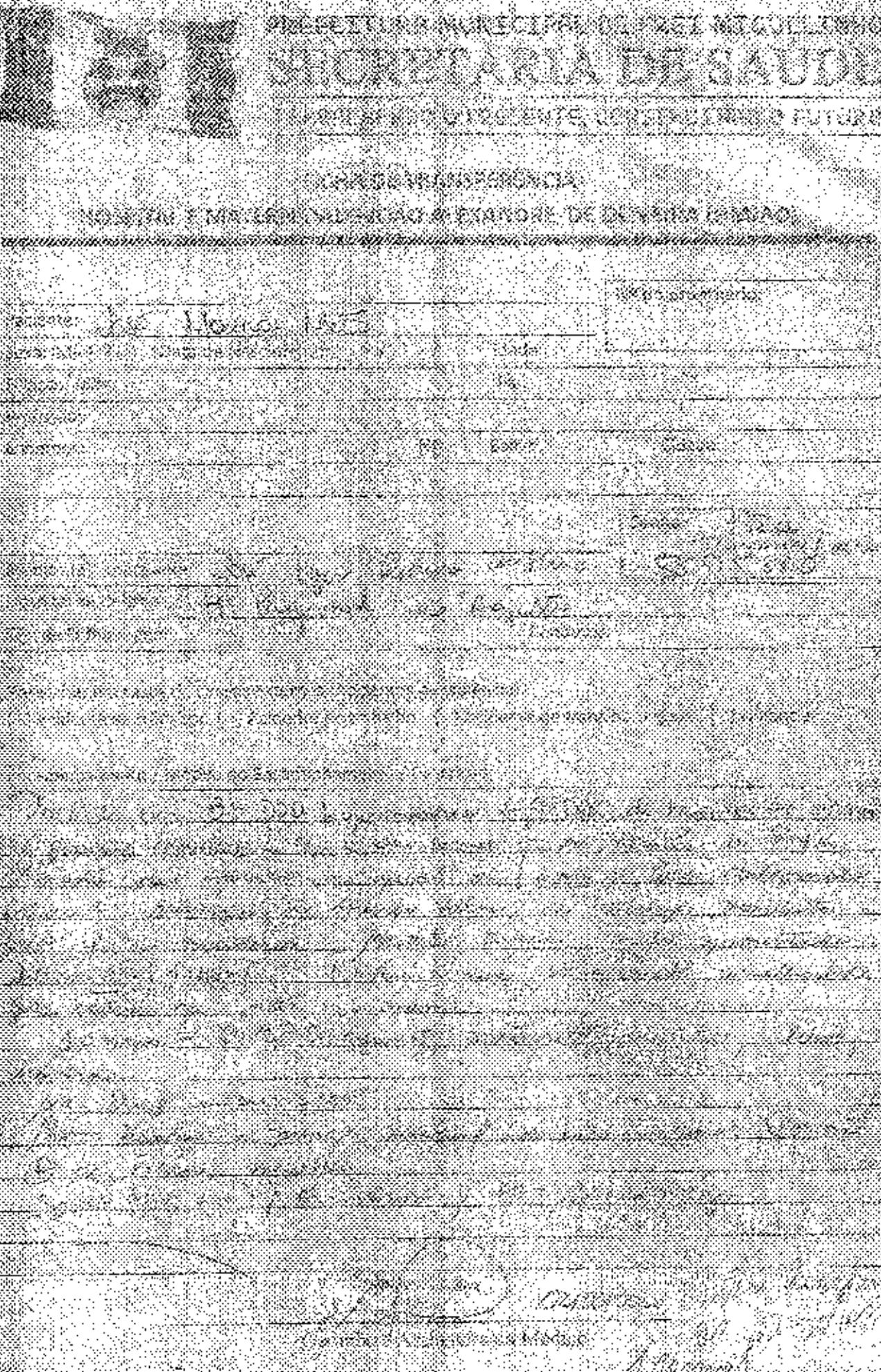
Desde já nos colocamos à disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 24 de Abril 2020



setor de Arquivo (sema)





卷之三

REVISTA DE METAMORFOSIS E MATERIAIS PRIMOS

## **PROJETO REGIONAL DO AGRESTE**

2539

2000-2001

DATA

10. *Leucosia* *leucostoma* (Fabricius) *leucostoma* (Fabricius)

中華書局影印

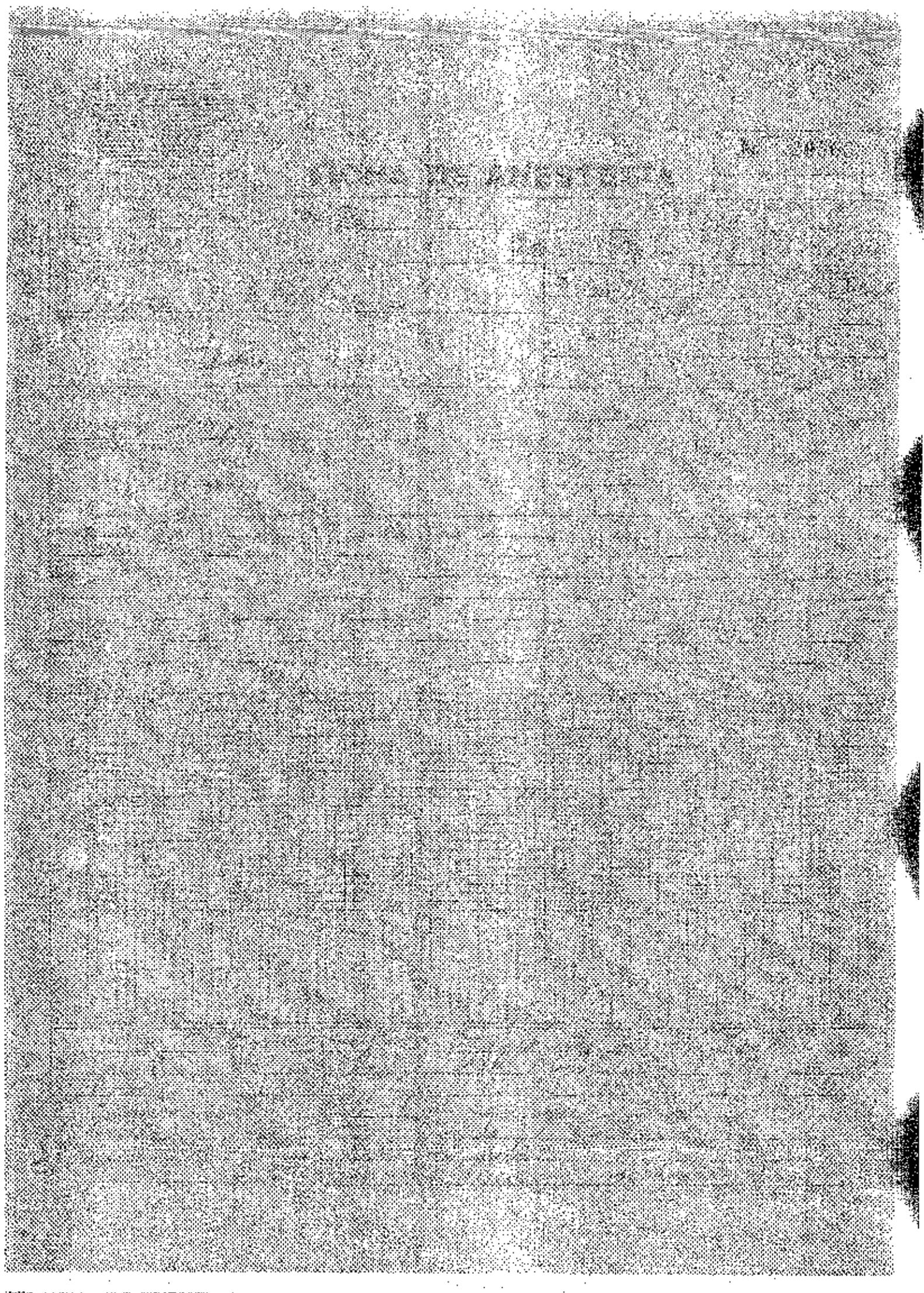
卷之三

ANESTEsiOLOGiSTA DE DIA A NOITE

**Observações:** No caso de se tratar de um ato de cunho específico, deve ser feita a indicação das espécies e/ou

#### Assinatura de Ciências

Assinatura do Representante pela Seta de Cláusula



MEETING DE SAÍDA DO PESQUISADOR DE PERNAS DRO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

DATA: 30/07/2018 LOCAL: RUA DA MARETA

PERÍODO:

PT: 00:00:00

PERÍODO:

PT: 00:00:00

CLASSIFICAÇÃO:

R3000

ACORDOS:

XADISTRA

DOCUMENTOS:

PROTÓCOLO

PERÍODO:

PT: 00:00:00

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

REUNIÃO COM O PESQUISADOR DE PERNAS DRO

DISCUSSÃO SOBRE OS PROBLEMAS DA PESQUISA

ESTABELECIMENTO DE SOLUÇÕES PARA OS PROBLEMAS

DEFINIÇÃO DE PRÓXIMAS ETAPAS DA PESQUISA

ESTABELECIMENTO DE PRÓXIMAS ETAPAS DA PESQUISA

DEFINIÇÃO DE PRÓXIMAS ETAPAS DA PESQUISA





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

ANDREW SKEKWTCH

www.korean.go.kr | 韓國政府網站 | www.korean.go.kr

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

卷之三

Qihoo 360

卷之三

[View all posts by \*\*John\*\*](#) [View all posts in \*\*Uncategorized\*\*](#)

— 1 —

Digitized by srujanika@gmail.com

29

GOALS AND VICTORIES - MAY 19

卷之三

Figure 5. A typical example of a 3D reconstruction.

卷之三

卷之三

10 of 10

• 10 •

Diagnostic tests for hepatitis C virus infection

• 10 •

© 2000 by the American Psychological Association or the National Council on Measurement in Education.

このように、日本では「マーケティング」という言葉がまだ一般的でない時代に、マーケティングの実践がなされ、それがまた「マーケティング」の実践を進めた。

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Hwang at (319) 356-4550 or via email at [mhwang@uiowa.edu](mailto:mhwang@uiowa.edu).

10. The following table shows the number of hours worked by each employee.

ANSWER

1996-1997 学年第一学期

10. *Leucosia* *leucostoma* (Fabricius) *leucostoma* (Fabricius)

10 of 10

THE YESTERDAY AND TODAY

2 SEPÁCCO, JOSÉ CARLOS DA CERCA

FACTORY 121 DE QUAY 12569 VILLE-LEZ-TOURS

245-252

METHODS AND DISCUSSION: A RETROGRADE ABDOMINAL FOGGING STUDY IN INFANTS AND CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS

2013-05-16 10:45:46.000 [main] INFO org.apache.hadoop.hdfs.DFSClient - Block blk\_1073741825\_1073741825 has been replicated to 100%.

**CHAMADA DE LIGAÇÃO - PÁGINA COMUM - BLOCO ADGPR - SAÍDA DE FSAE OS BEMV - EXCLUSÃO**

白俄罗斯人民共和国

Digitized by srujanika@gmail.com

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 employees.

1980-1981

卷之三

23

 Springer

（アーティスト）：アーティスト名を記入してください。

• 2005 • 2006 • 2007 • 2008 • 2009 • 2010 • 2011 • 2012 • 2013 • 2014 • 2015 • 2016 • 2017 • 2018 • 2019 • 2020

（二）在《中華人民共和國憲法》第45條第2款後面增加：「不得濫用職權」。

YOUNG, 300 M. E. 36.45' S. 29° 45' E. 100 YARD SWEEP. 100 YARD SWEEP. 100 YARD SWEEP.

1974-02-22 PRCM 174000Z FEB 74 MURKIN, JAMES R. 1945-03-22 1974-02-22 1974-02-22

• 100% COTTON • 100% POLYESTER • 100% VISCOSA • 100% LANA • 100% SILK

© 1995 by American Society of Safety Engineers. All rights reserved.

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

**SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
CONSELHO DE MUNICÍPIOS E MATERIAIS EM DRUGAS  
ESTALIL NACIONAL DO MESTRE**

Downloaded from https://academic.oup.com/imrn/article/2020/10/3333/3293233 by guest on 10 August 2020

— 1 —

Respostas às Perguntas da Série de Cintas

SUPERINTENDÊNCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
CARTÓRIO DE MEDIDAS MÉTICOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS  
HOSPITAL REGIONAL DO ALTO PIRES

830 SURVIVOR

REGISTRO

CAPTION

CHURCHES 23 x 48 ft.

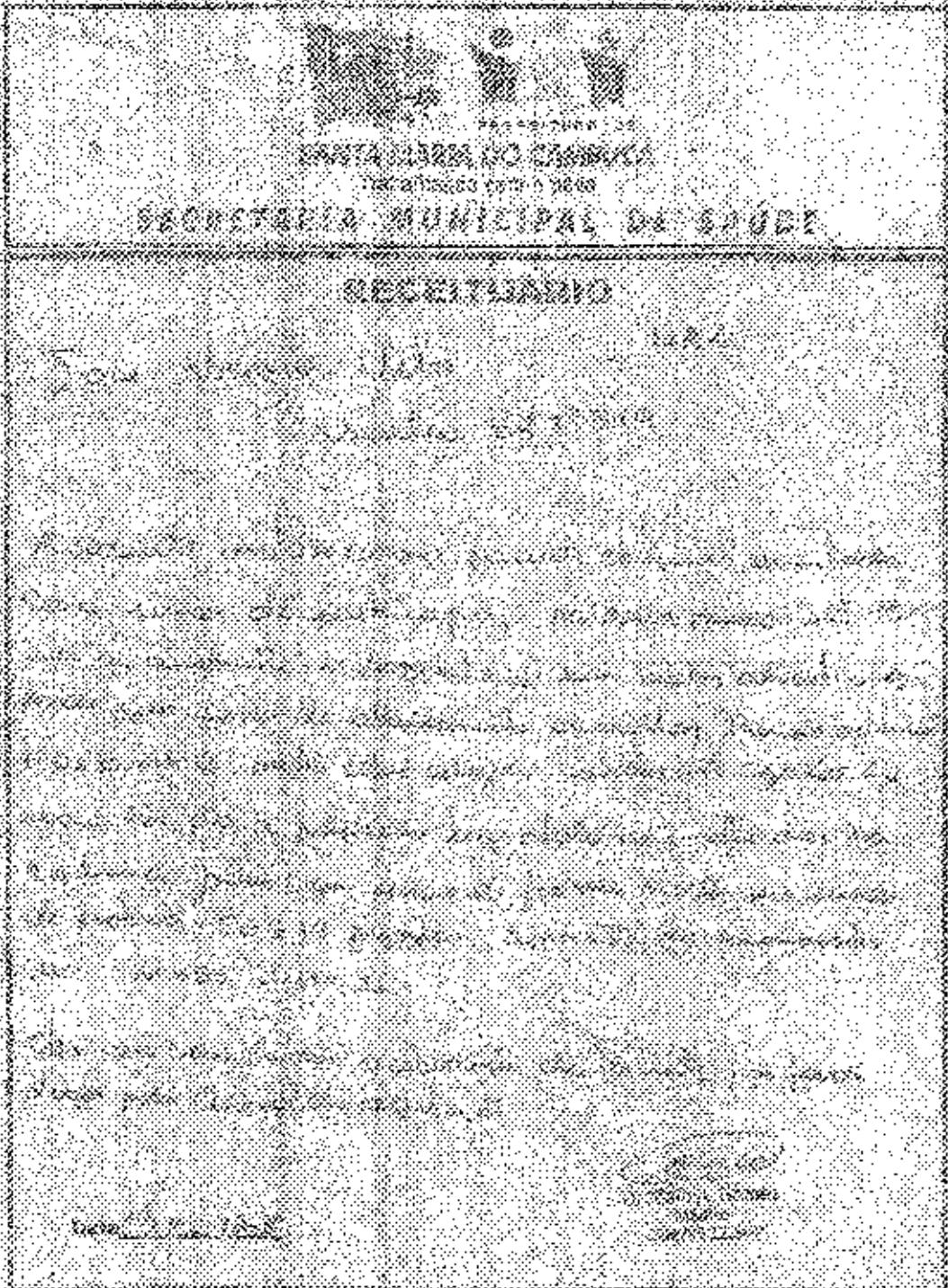
ANSWER: 100

© 2000 by the American Association of Orthodontists. All rights reserved.

183 - Page 30 of 39

Assim é que o Presidente veio à Constituição para

15-1683





**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE  
PERNAMBUCO**

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste – HRA**

**RESUMO DE ALTA**

**NOME:** JOSE MOURA NETO

**PRONTUARIO:** 353765

**DATA DE ENTRADA:** 13/02/2020

**DIAGNÓSTICO:** FRATURA DA SACROILIACA + DISJUNÇÃO DE SÍNTESE  
PURICA

**AMBULATÓRIO DE EGRESO – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

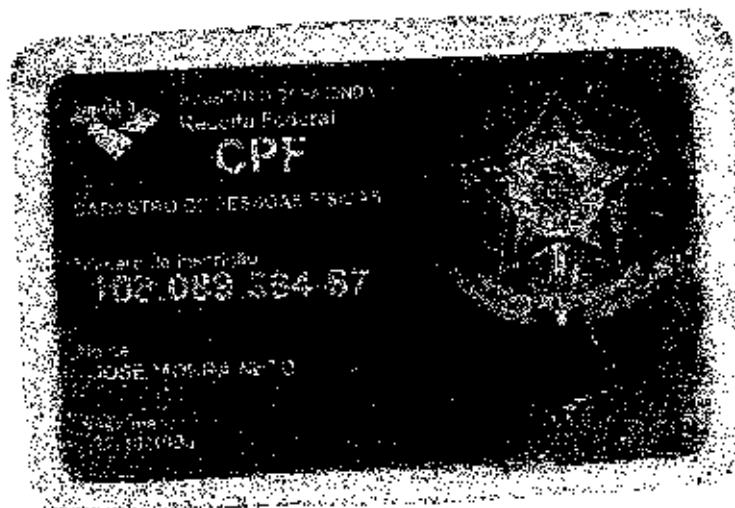
PACIENTE RECEBE ALTA COM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS. RETORNO  
PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DE DR. MAURÍCIO EM ATÉ 15  
DIAS. ORIENTAÇÕES ADICIONAIS DADAS AO PACIENTE E  
ACOMPANHANTES.

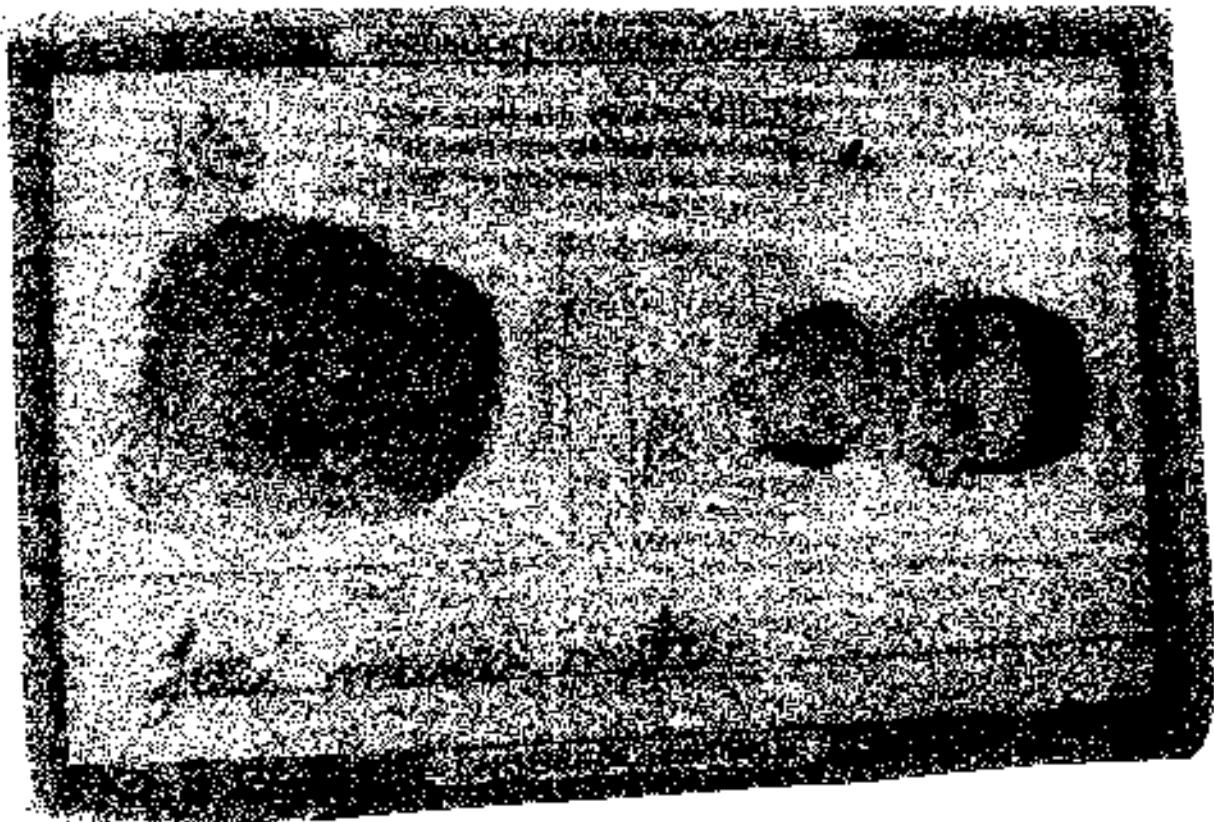
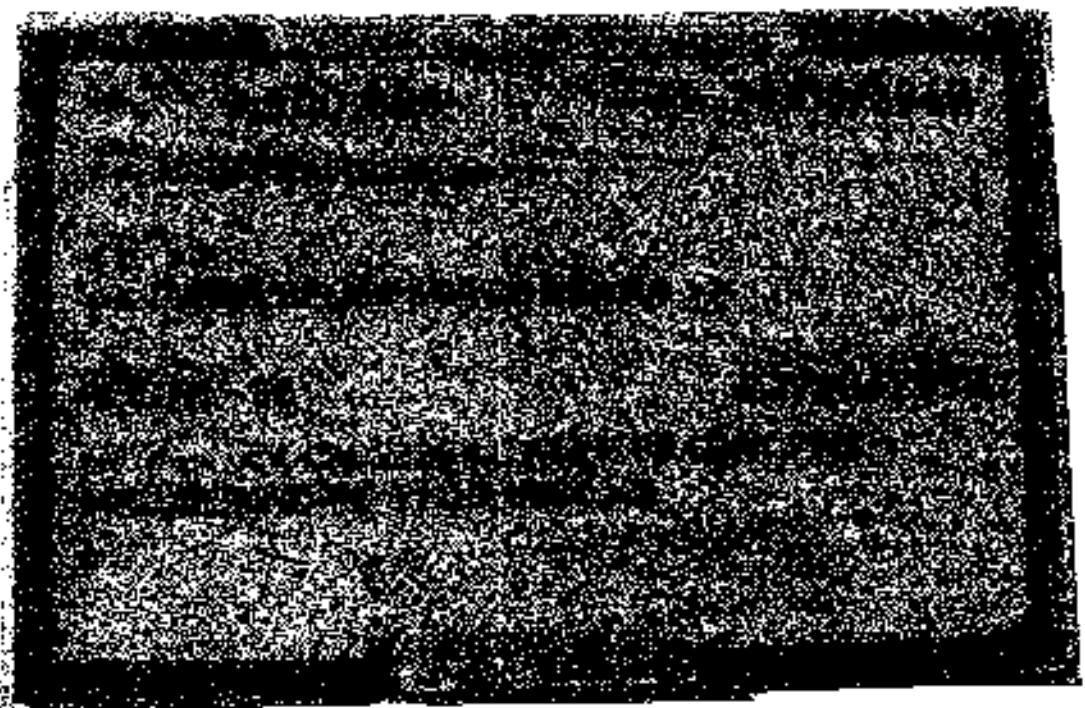
**TRATAMENTO REALIZADO:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSO  
CANULADO + PLACA DE RECONSTRUÇÃO EM REGIÃO DE SÍNTESE

**ALTA HOSPITALAR:** 26/02/2019

**TELEFONE P/ CONTATO:** (81) 3719-9689

**ASS. DO MÉDICO RESIDENTE**







**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL**

Data: 27/04/2020  
Hora: 17:16:18

**Delegacia de Polícia de Repressão ao Roubo e Furto de Veículos**

Informações do veículo de placa : KIV9973

**Nome proprietário:** JOSE EDNALDO ALVES DA SILVA

**CPF do proprietário:**

**UF:** PE

**Espécie:** PAS

**Marca:** HONDA

**Cor:** VERMELHA

**Município:** CUPIRA

**Logradouro:** R DR MIGUEL VIEIRA FERREIRA

**Número:** 02

**Tipo:** MOTOCICLETA

**CEP:** 55460-000

**Marca/Modelo:** HONDA/CG 150 TITAN KS

**Complemento:** CASA/CAIXA D AGUA

**Chassi:** 9C2KC08106R938558

**Restrição:**

**Renavam:** 884647986

**Licenciamento:** 481.41

**IPVA:** 489.9

**Seguro:** 96.880005

**Bombeiro:** 145.9

**Conservação:** 0.0

**Taxas:** 18.62

**Multas:** 0.0

**Quantidade de multas:** 0

**Quantidade de multas a vencer:** 0

**Multas a vencer:** 0.0

**IPVA a vencer:** 0.0

**Total:** 1232.71

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133815/20

**Vítima:** JOSE MOURA NETO

**CPF:** 108.089.394-67

**Data do acidente:** 02/02/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE MOURA NETO

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

### JOSE MOURA NETO : 108.089.394-67

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](http://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: 08/05/2020  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 32 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

*José MOURA NETO  
3200171466*

Data da solicitação: 30/06/2020

DD/MM/AA

CPF do beneficiário: 108.089.374

67.

Nome do beneficiário:

CPF do solicitante:

Nome do solicitante:

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 997001098

Tel. Comercial: (      )      000

Tel. Residencial: (      )      000

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

 DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANALISE?

 NÃO SIM, informe qual(is) documento(s) está sendo entregue(s):

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares

 Outros: *DOC. IMAGEM*

(DESCRIVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCRIÇAO DA JUSTIFICATIVA DA SOLICITACAO

Solicito que seja reanalisado meu processo pois sofri fratura como consta nos documentações e fui tratamento médico e mesmo assim me encontro com sequelas e não fui submetido a nenhum exame médico, solicito que seja feita a revisão para que seja verificadas as minhas sequelas.

Local e Data

Local e Data

*Santos, 30/06/2020*

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, avise e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escrever pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200171466      **Cidade:** Frei Miguelinho      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MOURA NETO      **Data do acidente:** 02/02/2020      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA ABDOMINAL FECHADO  
DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA E FRATURA DO SACRO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7,8,11,12)  
ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO E 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 QUADRIL DIREITO E ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

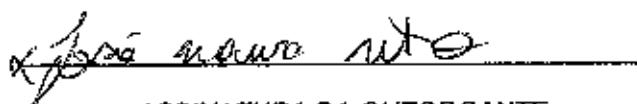
NOME: JOSE MOURA NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AGRICULTOR
IDENTIDADE: 9.100.806 – SDS/PE e CPF nº 108.089.394/67
DATA DO ACIDENTE: 02/02/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE MOURA NETO
ENDEREÇO: RUA INOCÉNCIO JERÓNIMO, nº 52 - BAIRRO: CENTRO – FREI MIGUELINHO(PE).

### OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO – OAB/PE: 52.105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE e CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA MANOEL ALVES DE MOURA, Nº 64, BAIRRO: CENTRO, SURUBIM-PE – CEP: 55.750-000.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E  
CÔNSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A  
QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE  
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. PODENDO O SEU DITO  
PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE  
PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO  
DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

FREI MIGUELINHO (PE), 25 DE ABRIL DE 2020.



ASSINATURA DA OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133815/20

**Vítima:** JOSE MOURA NETO

**CPF:** 108.089.394-67

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/02/2020

**Titular do CPF:** JOSE MOURA NETO

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68**

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

**JOSE MOURA NETO : 108.089.394-67**

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](http://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: 08/05/2020

Data do cadastramento: 08/05/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 574.940.534-68

CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133815/20

Número do Sinistro: 3200171466

Vítima: JOSE MOURA NETO

Data do acidente: 02/02/2020

CPF: 108.089.394-67

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MOURA NETO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-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](http://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: 30/06/2020

Data do cadastramento: 30/06/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 574.940.534-68

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos