

---

**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

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



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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

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

☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº da Solução ou ASL:

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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

JOSE MOURA NETO

6 - CPF:

108.089.394-67

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA INOCÊNCIO JERÔNIMO

9 - Número:

52

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

FREI MIGUELINHO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55780-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

8199665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine a única opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0001

9

CONTA:

6071513

8

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 1.947/74), uma vez que:

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado(a) CMH

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a) vivo(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Nome completo  
CPF  
Assinatura  
Data  
Assinatura

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

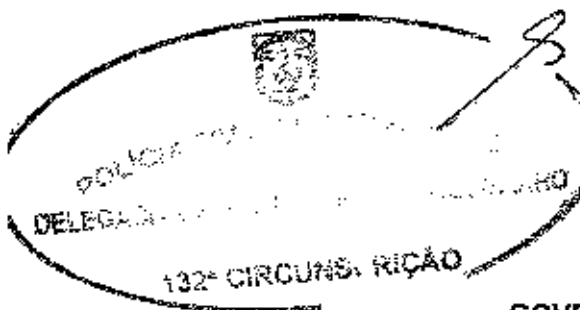
Assinatura da testemunha

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

JOSE MOURA NETO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 132ª CIRCUNSCRIÇÃO - FREI MIGUELINHO - DP132ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

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 - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **2/2/2020** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1, SÍTIO PINTOS PE - 90 - 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 (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
VEÍCULO: (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** Pat: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **22/10/1990** Nacionalidade: **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, SÍTIO SETE RANCHOS DE SANTA MARIA DO CAMBUCA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**JOSÉ EDNALDO ALVES DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **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

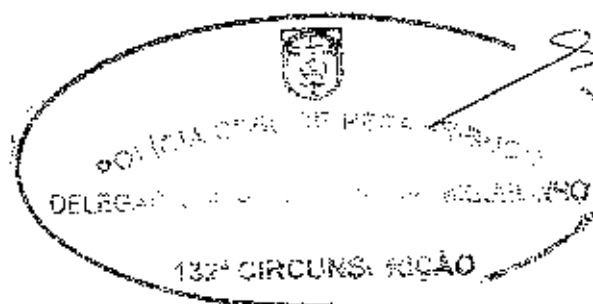
NESTA DATA COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SR. JOSÉ MOURA NETO NOTICIANDO QUE NO DIA 02/02/2020 POR VOLTAS DAS 15H30 CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KIV-9973 PELA PE - 90 NO SÍTIO PINTOS, SEGUIA SENTIDO AO MANDURI, QUANDO REALIZOU UMA MANOBRA DE ULTRAPASSAGEM DE UM VEÍCULO SIENA, QUE AO REALIZAR A ULTRAPASSAGEM, O MOTORISTA DO VEÍCULO DEU UM FECHO (TRANÇADO) 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 SUBTIDO A TRATAMENTO CIRURGICO,.

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

*X José Moura Neto*

**JOSÉ MOURA NETO**  
**(VITIMA)**

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº da Solução ou ASL:

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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

JOSE MOURA NETO

6 - CPF:

108.089.394-67

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA INOCÊNCIO JERÔNIMO

9 - Número:

52

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

FREI MIGUELINHO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55780-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

8199665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todas as opções):

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0001

9

CONTA:

6071513

8

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 1.947/74), uma vez que:

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado(a) CMH

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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 tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) vivo(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem este condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

34

Indicar nome, endereço e telefone de quem assina a petição (a rogo).

35 - Nome legível de quem assina a petição (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a petição (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a petição (a rogo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

JOSE MOURA NETO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

Acidente Carro - moto HRA senha: 5874359



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		
Endereço: Entrada de Lagoa de São Carlos	Referência:	
Bairro: -	Cidade: Frei Miguelinho	
Idade: 29 anos	Sexo: M	Cor: Branco
Profissão:		
Responsável: Ivone Belarmira de Moura		
Endereço do Responsável:	Fone:	

**DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐**

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"/>

**AGRESSÃO ☐**

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"/>

**ACIDENTE DE TRABALHO ☐**

ORIGEM:	Construção Civil <input type="checkbox"/>	Indústria <input type="checkbox"/>	Agricultura <input type="checkbox"/>	Comércio <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
---------	---	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

**AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO ☐**

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"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
------	---------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------------------

**OUTROS TIPOS DE ACIDENTES ☐**

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"/>
--	--	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

**LOCAL DE OCORRÊNCIA**

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"/>
--------------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

Queixas:

**Exame Físico:**

PA: 110x80	FC: 96	Pulso:	Temperatura:	HGT: 141
Sat 95%				

Hipótese Diagnóstica:

Procedimentos:

Cód.:



# 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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, ZONA VISTA,  
RECIFE-PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.885.932/0001-98  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005243-32



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.426, de 28/04/02  
COMERCIAL 118 (PRONTIDÃO 118)  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 282 0142  
Ouvintes 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 721 0567  
Ligação Grátis de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157-  
Ligação Grátis de telefones fixos e celulares  
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 INOCENCIO 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 BI
		<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 101944589	

<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>
------------------------------	---------------------------

Desaque 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				<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1422634952

Nota Fiscal | Pagamento | Conta de Energia | Celpe

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. LUIZ DE BARROS 111, BOA VISTA  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP: 52150-501  
CNPJ: 13.831.322/0001-03  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 3022943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 - de 26/04/02  
COMERCIAL 115 | PRONTUÁRIO 115  
Atendimento ao cliente: 0800 283 0042  
Ouvidoria: 0800 283 3339  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 122 0161  
Ligação Grátis de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Grátis de telefones fixos e celular  
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>ENDEREÇO</b> RUA MANOEL ALVES DE MOURA 21 AP- 601 -CABACEIRA/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 Tráfego B1
		<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 095047985	

<b>PERÍODO CONSUMO</b> 07/01/2020 a 04/02/2020	<b>CONSUMO</b> 100
---	-----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 25,00 valor do imposto R\$ 19,81

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

Destaque aqui

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

838400000006 839500110073 027266252100 144736043738



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**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 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE MOIRA NETO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.089.394/67 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE MOIRA NETO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.089.394/67 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recuso informar

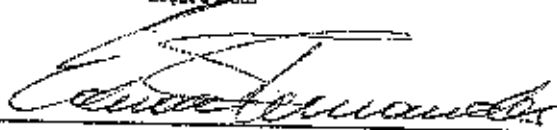
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
E-mail _____		Telefone comercial (DDD) <u>81-99665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98139-5022</u>

SURUBIM, 08 de MAIO de 2020.

Local e Data



Assinatura do Declarante

Acidente Carro - moto HRA sem-va: 5874359



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

**SERVIÇO DE  
PRONTO ATENDIMENTO**

Data: 02/02/2020 Hora: 16:43 Registro:  
Nome: Jore Moura Neto Referência:  
Endereço: Estrada de Terra de São Paulo  
Bairro: Cidade: Frei Miguelinho  
Idade: 29 anos Sexo: M Cor: Branco Profissão:  
Responsável: Evane Belarmino de Moura  
Endereço do Responsável: Fone:

**DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO**

**ACIDENTE DE TRANSITO**

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 ☐

**OUTRO AGRESSÃO/ACIDENTE**

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:

Exame Físico:

PA: 110/80 FC: 96 Pulso: Temperatura: AGT: 14.1

Sat: 95%

Hipótese Diagnóstica:

Procedimentos: Cód.:





### 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 a disposição para mais  
esclarecimentos.

Caruaru, 24 de Abril 2020

109.709.373/0289-27  
HUSAM - Unidade Regional do Agreste  
BR 234 - Km 130  
Indianópolis - Caruaru - PE

setor de Arquivo (sme)





MUNICÍPIO MUNICIPAL DE SÃO NICOLAU  
SECRETARIA DE SAÚDE  
UNIDADE DE ATENDIMENTO COMUNITÁRIO E FAMILIAR

DECLARAÇÃO

NOME: MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA DE SOUZA

RESIDÊNCIA: RUA DA LARANJEIRA, Nº 10, JARDIM SÃO CARLOS, SÃO NICOLAU, RORAIMA

Nome:	Maria do Carmo de Souza
Idade:	45 anos
Sexo:	F
Estado Civil:	Casada
Profissão:	Costureira
Endereço:	Rua da Laranjeira, Nº 10, Jardim São Carlos, São Nicolau, Roraima

Declaro que a Sr. Maria do Carmo de Souza é residente e domiciliada no endereço acima mencionado, e que a mesma não possui nenhuma doença infecciosa ou parasitária, nem nenhuma doença crônica, e que a mesma não está em tratamento médico.

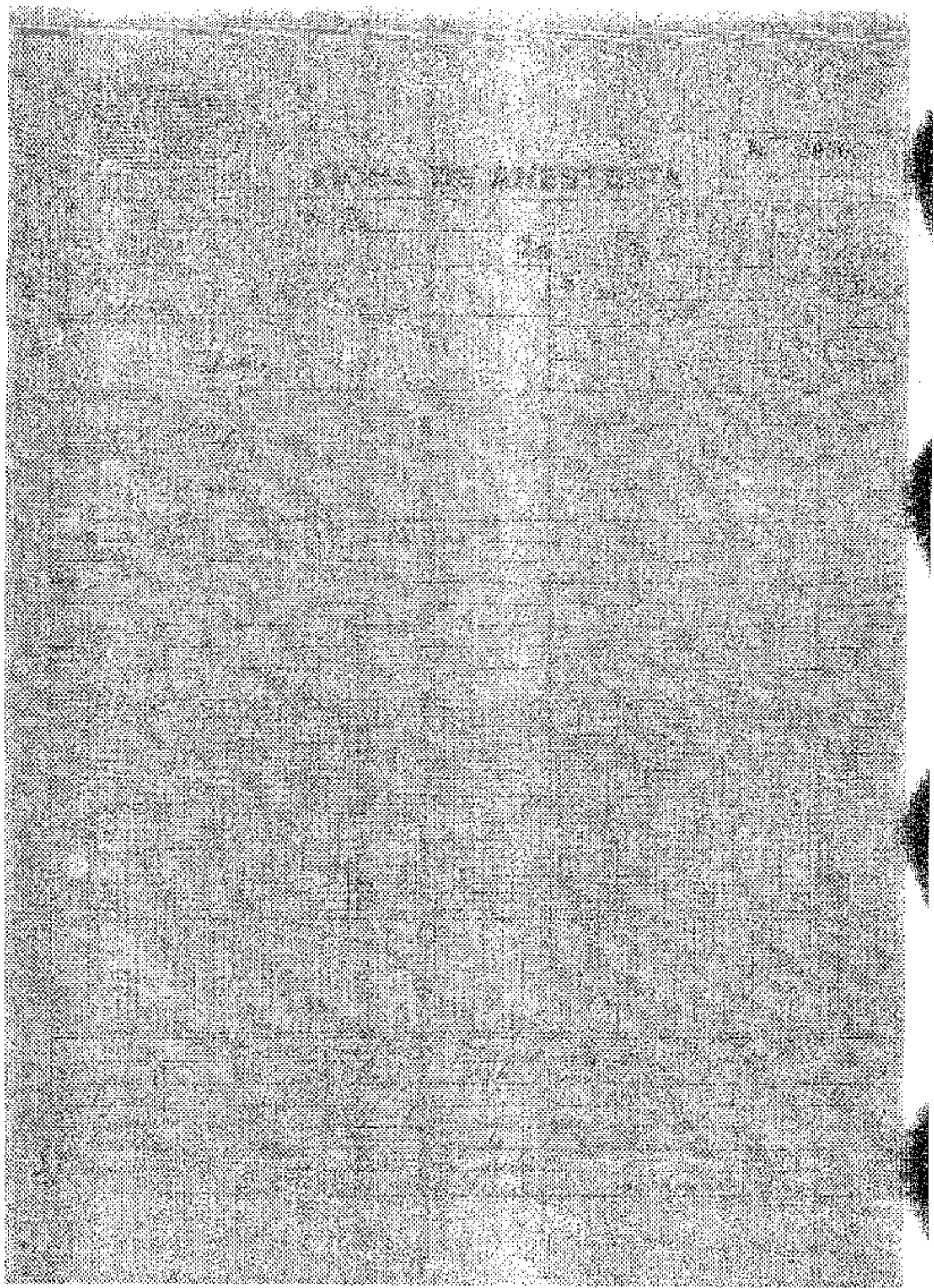
Declaro também que a Sr. Maria do Carmo de Souza não possui nenhuma doença infecciosa ou parasitária, nem nenhuma doença crônica, e que a mesma não está em tratamento médico.

Declaro ainda que a Sr. Maria do Carmo de Souza não possui nenhuma doença infecciosa ou parasitária, nem nenhuma doença crônica, e que a mesma não está em tratamento médico.

Declaro por fim que a Sr. Maria do Carmo de Souza não possui nenhuma doença infecciosa ou parasitária, nem nenhuma doença crônica, e que a mesma não está em tratamento médico.

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Carimbo: \_\_\_\_\_





## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL VALE DO ANIL

Paciente: JOSE PEDRO DE ALMEIDA

R. de Pedraza

Idade: 45 anos

R. de Lito

Operador: BERNARDO

Atividade:

Sistema:

Atividade:

Atividade:

Atividade:

Atividade:

Atividade:

Atividade:

Atividade:

Atividade:

Atividade:

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERACIONAL

1) O paciente foi admitido no Hospital Regional do Vale do Anil, em 15/03/2011, com diagnóstico de "Doença de Alzheimer".

2) O paciente foi admitido no Hospital Regional do Vale do Anil, em 15/03/2011, com diagnóstico de "Doença de Alzheimer".

3) O paciente foi admitido no Hospital Regional do Vale do Anil, em 15/03/2011, com diagnóstico de "Doença de Alzheimer".

4) O paciente foi admitido no Hospital Regional do Vale do Anil, em 15/03/2011, com diagnóstico de "Doença de Alzheimer".

5) O paciente foi admitido no Hospital Regional do Vale do Anil, em 15/03/2011, com diagnóstico de "Doença de Alzheimer".

6) O paciente foi admitido no Hospital Regional do Vale do Anil, em 15/03/2011, com diagnóstico de "Doença de Alzheimer".

7) O paciente foi admitido no Hospital Regional do Vale do Anil, em 15/03/2011, com diagnóstico de "Doença de Alzheimer".

8) O paciente foi admitido no Hospital Regional do Vale do Anil, em 15/03/2011, com diagnóstico de "Doença de Alzheimer".

9) O paciente foi admitido no Hospital Regional do Vale do Anil, em 15/03/2011, com diagnóstico de "Doença de Alzheimer".

10) O paciente foi admitido no Hospital Regional do Vale do Anil, em 15/03/2011, com diagnóstico de "Doença de Alzheimer".

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRIAN

### Minimum de Classification (e Risco) - 0,0000

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Compl. e corre. ritirata: 10/10/1981 32.01.1981 17.38

Nome Paciente	JOSE JOSEFA NETO
Cod. Paciente	7
Data de Nascimento	22/01/1990
Sexo	Masculino
Idade	29
Centro	9372
Correlação	
Arrendimento	
Est. de	

02/03/2020 17:43 - 02/03/2020 17:45

STERNAKY PRISCILLA MOREIRA DOS SANTOS COREX: 352873 - ENFERMEIRO(A)

Original: 2001-01-23 2

2012-01-23

**ALUNA FISCAL** - DOUTOR FLORES GOERY TORRINE DIAS; APRESENTAÇÃO POR: DÓIS E SECRETARIA  
AREAS DA RENDA CIRCUITO

ORANGEDEERSYONKHOPE CANADIAN CENTS 1883

[illegible]

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

ENCLOSURE (1825-1826)

[illegible]

SECRET

14-00000

— 54 —

LAOMANIA DOB: 8302-HA0001 PUEBLO DE LOS RIOS CON SANTOS NOVA: 833879 E: EPERMED(A)

5/92 Impressão: 02/03/2008 17:17

Sistema de Aquecimento: 20m C de água quente

2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGENCIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nome: JOSE MCARA NETO

Identificacao: 584343

Carteira: 153755

Data de N: 12/11/1941

Data: 20

Sexo: M

Profissao: ENFERMEIRO

Cor: BRANCA

Religiao: CATOLICO

CPF

PS: 00000

CMS

Endereco: RUA JOSE GERONIMO

AV: 55

Bairro: CENTRO

Cidade: FREDRIGUELHIO

Estado: PE

CEP: 55000-000

Fone: 3751-0001

Profissao:

Nome do Medico: JOSE BERTALIMINAZ DE ALMEIDA

Posto de atendimento

Nome do Atendimento: ATENDIMENTO EM URGENCIA

Nome do Medico: JOSE BERTALIMINAZ DE ALMEIDA

## INTERVENCÃO DE PRIMEIRA AJUDA

Observacoes:

Exame Físico

MA

PO

FR

Desenvolvimento

Prescrição

Uso

Receita

# LABOR OPERATOR

Ref: 1576

No. 15, 1910.

225474

Aseski

214555

125

44

Experiment 2: 25-30 days on 100 mg/kg

CHRYSLER FINANCIAL CORPORATION  
CHRYSLER FINANCIAL GROUP

[illegible]

1. IDENTIFICACION DEL PROYECTO, SUS OBJETIVOS Y JUSTIFICACION
2. DESCRIPCION DEL PROYECTO Y DEL AREA DE INTERES
3. IDENTIFICACION DEL EQUIPO DE TRABAJO Y DEL COORDINADOR DEL PROYECTO
4. PLAN DE TRABAJO, METODOS Y MATERIALES A UTILIZAR
5. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR
6. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR
7. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR
8. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR
9. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR
10. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR
11. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR
12. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR
13. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

## 2 SEP 1966 DE CRUSSA E ENAI

0476 02642323

[illegible]

CHUONG HUYEN, 120 ROYAL VICTORIA

02:35:40 DE NINE FOUR

CONFIDENTIAL

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26



FOR THE DIRECTOR GENERAL OF THE FBI

[illegible]

SECRETARY OF DEFENSE

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA, DISTRITO FEDERAL, SECRETARIA DE ECONOMIA, DIRECCION GENERAL DE LOS REGISTROS, CREDITO Y VALORES, SEPCO, SUBSECRETARIA DE FOMENTO

[illegible]

D. Z. GELFAND, L. D. IKHNIKOV, V. I. KORSHAKOVA

**TEST ON APOTHEOSIS.COM** - YPGATON CONW-2 DPFL-ANPWZLRN-H Co. H&F D  
X-66ADDS

029244

100

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176





THE JOURNAL OF THE

1849

1850

1851

1852

1853

1854

1855

1856

1857

1858

1859

1860

1861

1862

1863

1864

1865

1866

1867

1868

1869

1870

1871

1872

1873

1874

1875

1876

1877

1878



MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE LIMA

RECEPCIONADO

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

## RECEPCIONADO

Para el Sr. Dr. [illegible]  
[illegible]

[illegible text]

[illegible text]

[illegible signature]

[illegible stamp]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE  
PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

NOME: JOSÉ MOURA NETO

PRONTUÁRIO: 353785

DATA DE ENTRADA: 13/02/2020

DIAGNÓSTICO: FRATURA DA SACROILIACA + DISJUNÇÃO DE SINFISE  
PUBICA

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

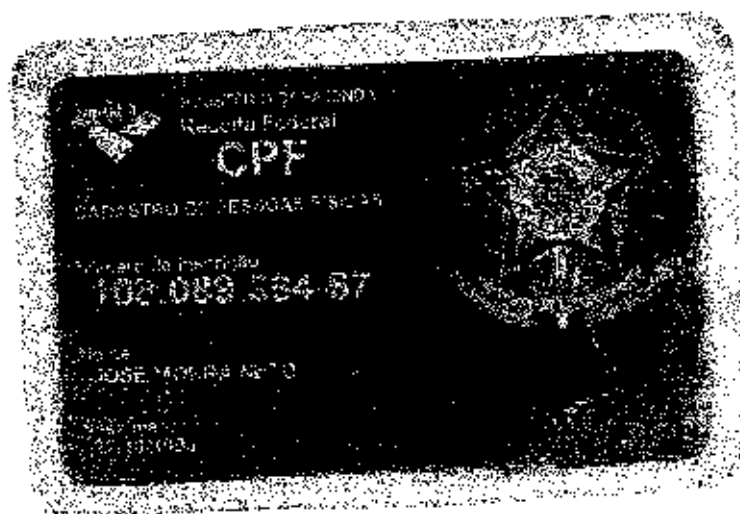
PACIENTE RECEBE ALTA COM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS. RETORNO  
PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DE DR. MAURÍCIO EM ATÉ 15  
DIAS. ORIENTAÇÕES ADICIONAIS DADAS AO PACIENTE E  
ACOMPANHANTES.

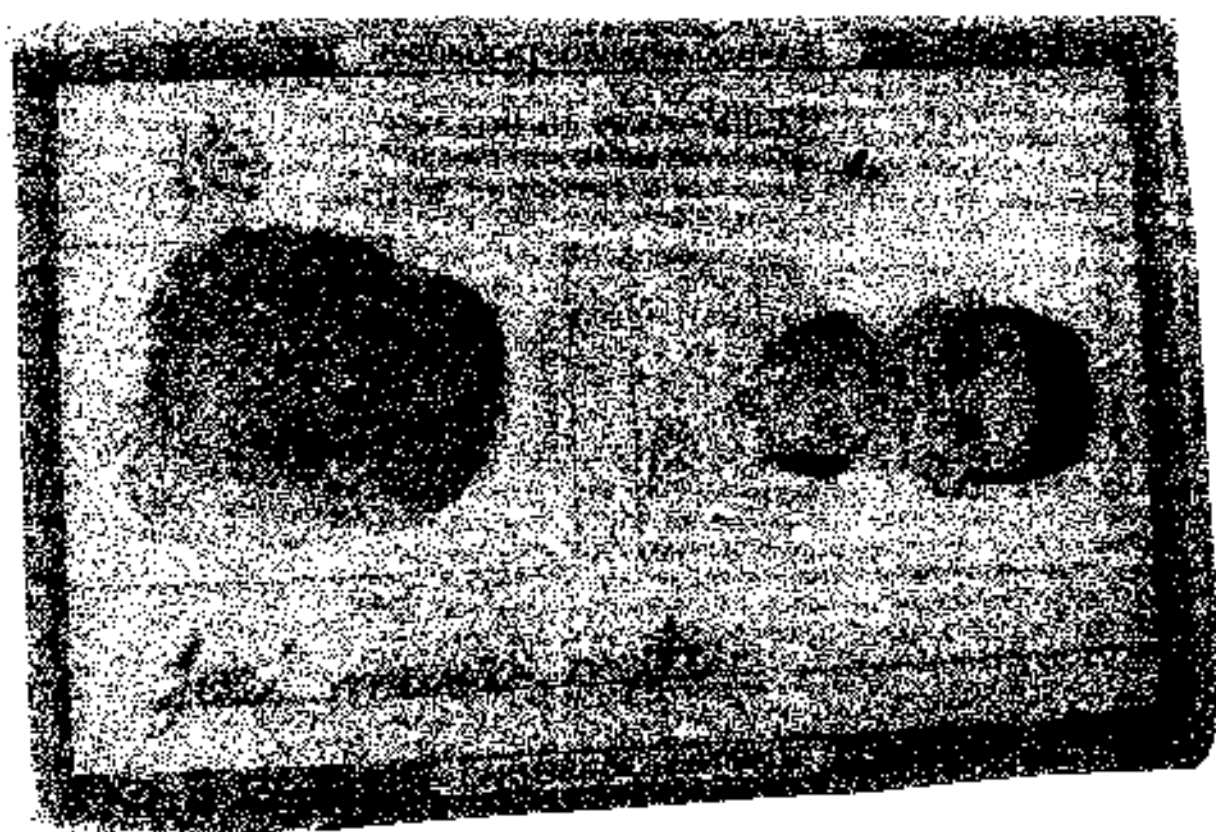
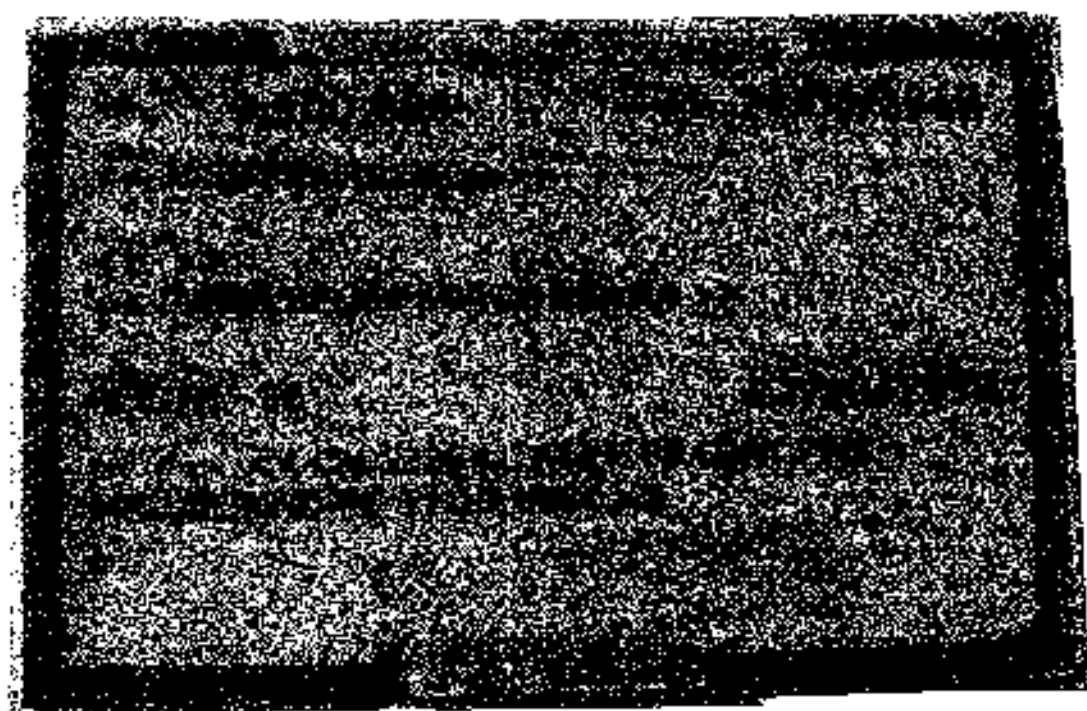
TRATAMENTO REALIZADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSO  
CANULADO + PLACA DE RECONSTRUÇÃO EM REGIÃO DE SINFISE

ALTA HOSPITALAR: 26/02/2019

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

  
ASS. DO MÉDICO RESIDENTE







**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**

Data: 27/04/2020

Hora: 17:16:18

**POLÍCIA CIVIL**

**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

**Tipo:** MOTOCICLETA

**Espécie:** PAS

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

**Marca:** HONDA

**Cor:** VERMELHA

**Ano Fabricação:** 2006

**Município:** CUIRA

**Logradouro:** R DR MIGUEL VIEIRA FERREIRA

**Número:** 02

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 55460-000

**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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE MOURA NETO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### 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 12 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:

JOSE MOURA NETO  
3200171466

Data da solicitação:

30/06/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

CPF do beneficiário:

108.089.374  
67

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: (

81, 99700/1098

Tel. Comercial: (

DDD

Tel. Residencial: (

DDD

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 REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is)  
documentos estão  
sendo entregues:☐ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☒ Outros: DOC - IMAGEM

(DESCREVER)

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Solicito que seja reanalisado meu processo pois aqui  
tratei como contê as documentações e pelo x fiz todo  
tratamento médico e mesmo assim me encorço  
com sequelas e não fui submetido a pericia  
médica, solicito que seja feito o porvir para  
que seja reanalisado o meu processo.

Surreles, 30/06/2020.

Local e Data

x José Moura Neto

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

**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine 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 escolher 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

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

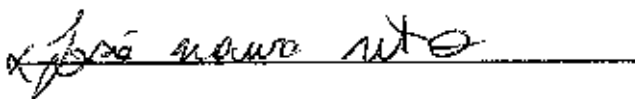
NOME: JOSÉ MOURA NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AGRICULTOR
IDENTIDADE: 9.100.806 – SDS/PE e CPF nº 108.089.394/67
DATA DO ACIDENTE: 02/02/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSÉ MOURA NETO
ENDEREÇO: RUA INOCÊNCIO JERÔNIMO, nº 52 - BAIRRO: CENTRO – FREI MIGUELINHO(PE).

## 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 CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO 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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE MOURA NETO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### 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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133815/20

**Número do Sinistro:** 3200171466

**Vítima:** JOSE MOURA NETO

**CPF:** 108.089.394-67

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE MOURA NETO

## 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](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: 30/06/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos