



Número: **0037666-03.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MOURA NETO (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72555357	15/12/2020 14:42	2750675_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00376660320208172001


CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE MOURA NETO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada pericia a qual apurou lesão quadril direito e esquerdo com repercussão leve (25%) cada um, efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:



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

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no quadril direito com repercussão média (50%) e no quadril esquerdo com repercussão intensa (75%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.



Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 11 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0037666-03.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MOURA NETO (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72555360	15/12/2020 14:42	Recibo de Apresentação de Documentos 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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,

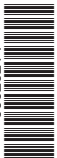
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15758846

Pag. 00427/00428 - carta_01 - INVALIDEZ

00020214





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01133/01134 - carta_02 - INVALIDEZ

00030567



Carta nº 15788139





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

Rio de Janeiro, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 06 de 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

Pag. 01203/01204 - carta_09 - INVALIDEZ

00050602



Carta nº 15916791





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sistema 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: CHSA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: FREI MIGUELINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55780-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel./DDD: 81.99665.0454

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\$1,00 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. Assinale 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)

☒ CONTA CORRENTE (Toda ou parte):

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/combolso 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 de 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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 1.947/74.

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 (ou CM) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grande Parecido com a vítima: _____ 26 - Se a 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 pais/avós vivos? ☐ 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 LIDER agora, não devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

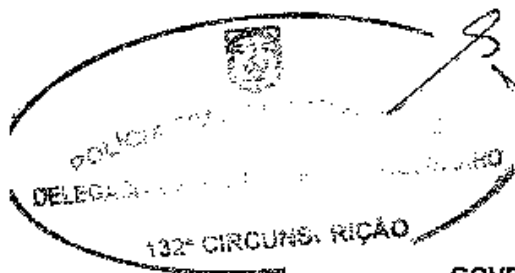
JOSE MOURA NETO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 - 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** 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, SÍTIO 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)**

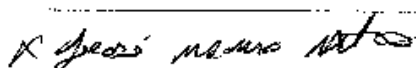
Placa: **KIV9973** (PERNAMBUCO/CUPIRA) Renavam: **884647986** Chassi: **9C2KC08106R938558**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

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

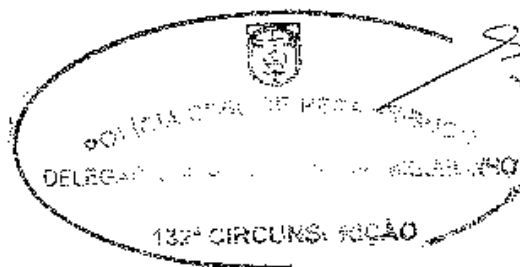
Complemento / Observação

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 (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 SUBTIDO A TRATAMENTO CIRURGICO,.

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


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

2 - Nº do sistema 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: CHSA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: FREI MIGUELINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55780-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel./DDD: 81.99665.0454

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\$1,00 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. Assinale 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/combolso 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 de 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 nº 1.947/74.

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 (ou CM) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grande Parece ser 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 pais/avós vivos? ☐ 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, agora, não devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

JOSE MOURA NETO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)


42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019

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 Igreja de São Carlos				Referência:	
Bairro: -		Cidade: Frei Miguelinho			
Idade: 29 anos		Sexo: M		Cor: Branco	
Responsável: Ivone Belarmira de Moura		Profissão:			
Endereço do Responsável:				Fone:	
DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO					
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/>					
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: 110V80		FC: 96		Pulso:	
Sat 95%		Temperatura:		HGT: 141	
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 SAABOS, 111, 3DA VISTA,
SECEP PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.535.532/0001-96
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005941-32



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.428, de 20/04/02
COMERCIAL 115 (PRONTIDÃO 115)
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 221 0142
Ouvidoria 0800 032 5593
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0567
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157-
Ligação Gratuita de telefones fixos e celulares
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE JOSE EDIELSON GERMANO DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 31/03/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/03/2020	CONTA CONTRATO 4005824406
ENDEREÇO RUA INOCENCIO JERONIMO 52 - CENTRO/FREI MIGUELINHO -55780- 000 FREI MIGUELINHO PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 284,59	DATA DA APRESENTAÇÃO 24/03/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 101944589	

PERÍODO CONSUMO 21/02/2020 a 24/03/2020	CONSUMO 306
---	-----------------------

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4005824406	MÊS/ANO 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 284,59	VENCIMENTO 31/03/2020	TALÃO DE PAGAMENTO 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. JACARD DE BARROS 111, BOA VISTA
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 51250-901
CNPJ: 13.823.382/0001-02
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 1002943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 26/04/02
COMERCIAL 115 | PRECATORIO 115
Atendimento ao cliente: 0800 383 0042
Ouvidoria: 0800 282 3336
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 125 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

DADOS DO CLIENTE: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	DATA DE VENCIMENTO 18/02/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/02/2020	CONTA CONTRATO 7027266252
ENDEREÇO RUA MANOEL ALVES DE MOURA 21 AP- 601 -CABACEIRAS/SURUBIM -55750-000 SURUBIM PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 83,95	DATA DA APRESENTAÇÃO 11/02/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Tráfego B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 095047985	

PERÍODO CONSUMO 07/01/2020 a 04/02/2020	CONSUMO 100
---	-----------------------

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7027266252	MÊS/ANO 02/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 83,95	VENCIMENTO 18/02/2020	TALÃO DE PAGAMENTO 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES Inscrito (a) no CPF 524.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE MOURA NETO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.089.394/67 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE MOURA 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 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		Número	Complemento
RUA MANOEL ALVES DE MOURA		64	OKSA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750-000
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		81-99665-0454	81-98139-3022

SURUBIM, 08 de JUNHO de 2020.

Local e Data


Eduardo José de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

DLRDL001 V001/2017

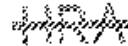


Acidente carro - moto - IRA semba: 5874359

		PREFEITURA DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ Trabalhando com o povo		SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO	
Data: 02/02/2020		Hora: 16:43		Registro:	
Nome: Jhon Moura Neto					
Endereço: Estrada de Lages de São Paulo				Referência:	
Bairro:		Cidade: Fria, Macaeté			
Idade: 19 anos		Sexo: M		Profissão:	
Responsável: Evane Belarmino de Moura					
Endereço do Responsável:				Fone:	
DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO					
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/>					
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"/>					
OUTRO AGRESSÃO/ACIDENTE <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/>					
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: 110/80		FC: 96		Pulso:	
Sat: 95%		Temperatura:		HGT: 171	
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 : 353795

OBS: Vitima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais
esciarcimentos.

Caruaru, 24 de Abril 2020

109.294.915/0269-271
HUSAM - Hospital Regional do Agreste
DR. WALDEMIRO FERREIRA
Caruaru - PE

setor de Arquivo (soma)

Avonida José Rodrigues de Jesus - Br-232- Km 130 S/N - Bairro Indianópolis Caruaru - PE - CEP
55.024.000
CNPJ: 10.672.049/0014-42 - Fone: 0xx51-3719 9346 / 3719.9400 (SAMD)



1552-1553

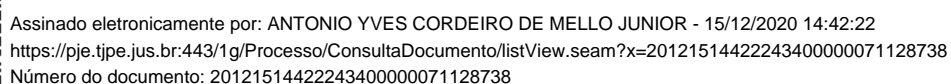
[illegible]

1891
 1892
 1893
 1894
 1895
 1896
 1897
 1898
 1899
 1900
 1901
 1902
 1903
 1904
 1905
 1906
 1907
 1908
 1909
 1910
 1911
 1912
 1913
 1914
 1915
 1916
 1917
 1918
 1919
 1920
 1921
 1922
 1923
 1924
 1925
 1926
 1927
 1928
 1929
 1930
 1931
 1932
 1933
 1934
 1935
 1936
 1937
 1938
 1939
 1940
 1941
 1942
 1943
 1944
 1945
 1946
 1947
 1948
 1949
 1950
 1951
 1952
 1953
 1954
 1955
 1956
 1957
 1958
 1959
 1960
 1961
 1962
 1963
 1964
 1965
 1966
 1967
 1968
 1969
 1970
 1971
 1972
 1973
 1974
 1975
 1976
 1977
 1978
 1979
 1980
 1981
 1982
 1983
 1984
 1985
 1986
 1987
 1988
 1989
 1990
 1991
 1992
 1993
 1994
 1995
 1996
 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

Page 130

[illegible]

Präsidenten





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO IGUAPE

SECRETARIA DE SAÚDE

COMISSÃO INTERSECTORIAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS

EXATERNAMENTO

NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATORIA

Nome do paciente: <u>JOÃO DA SILVA</u>		Data de nascimento: <u>10/10/1980</u>	
Sexo: <u>M</u>		Idade: <u>40</u>	
Endereço: <u>Rua da Liberdade, 123 - Centro</u>		Cidade: <u>SÃO MIGUEL DO IGUAPE</u>	
Estado: <u>SP</u>		CEP: <u>13200-000</u>	

Relato da ocorrência: Doença de notificação obrigatória, com sintomas de febre, tosse e dificuldade respiratória, iniciados há 05 dias.

Local de ocorrência: Residência do paciente

Assinatura do responsável: Dr. João da Silva

Assinatura do médico: Dr. João da Silva

Assinatura do enfermeiro: Enfermeira Maria da Silva

Assinatura do agente de saúde: Agente de Saúde João da Silva

Assinatura do agente de saúde: Agente de Saúde João da Silva

Assinatura do agente de saúde: Agente de Saúde João da Silva

Assinatura do agente de saúde: Agente de Saúde João da Silva

Assinatura do agente de saúde: Agente de Saúde João da Silva



Número: **0037666-03.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MOURA NETO (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72555361	15/12/2020 14:42	Recibo de Apresentação de Documentos 2	Outros (Documento)

BLOND GRIFFIN

QUANT	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Bostida				Agulha para Pandura		
	Alcapara				Agulha para Raqui		
4	Bupivacaina				Alcapara Gessera		
	Cefazolina 1g				Atadura Gessera		
	Cicloridina				Cateter para Oxigênio		
2	Dexametasona 4mg				Cateter para Venopuncção		
	Dibuteno				Coletor de Urina Aberto		
2	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etileno				Drapo		
	Glicose 50%				Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Morfinoprenida				Equipo para Soro		
	Mechlorama				Fio Cat 30x 0,9mm		
	Propamida				Fio Cat 3x4 Sonda		
	Ranitidina				Fio de Ar		
	Ringer 2x Lactato				Fio de Argônio		
	Soro Cloro Sódio				Fio de Nylon		
	Soro Dextrose 5%				Fio de Polipropileno		
	Soro Sódio de 0,9%				Gase 7,5x7,5		
	Tetracaina				Lâmina de Diapoti		
	Xilocaína				Luvas Esteréis 7,5		
					Luvas Esteréis 7,5		
					Luvas Esteréis 9,3		
3					Seringa 3ml		
					Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
					Seringa de Soro		
					Sonda Enteral 1,5m		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Oral		
					Tubo para Aspição		
					CO2 para Monitorização		
					La 40°C		
					Grav 100x100x10mm		

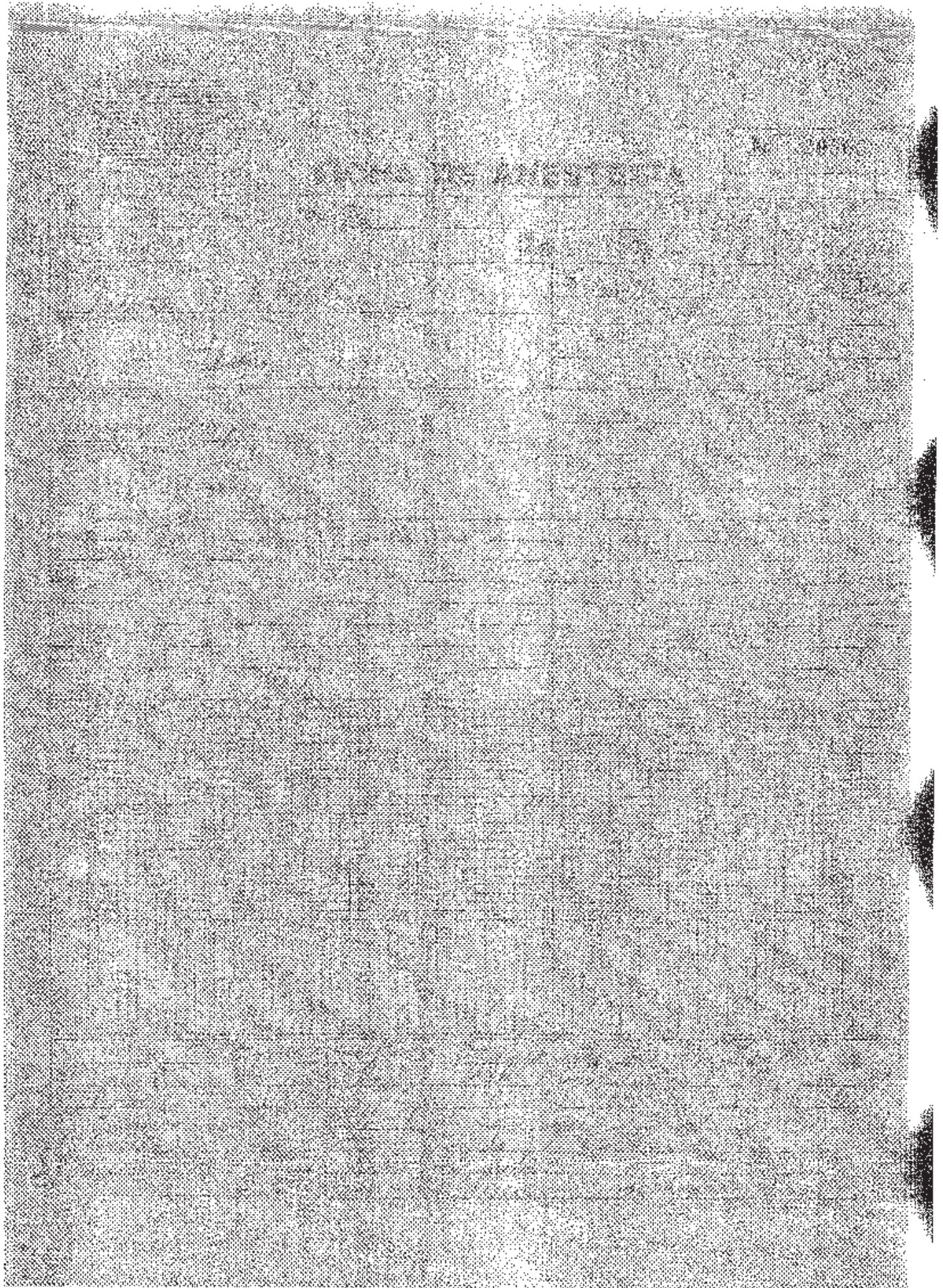
SUBTOTAL:

5054

AMERICAN OVERSIGHT

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





RELATIONSHIP

REASONING

References

20 15

220-622-480

Glasgow, 1999

ACKNOWLEDGMENTS

Abstract

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, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 26

Abstracts

15763c 287 290 293 296 299 302 305 308 311 314 317 320 323 326 329 332 335 338 341 344 347 350 353 356 359 362 365 368 371 374 377 380 383 386 389 392 395 398 401 404 407 410 413 416 419 422 425 428 431 434 437 440 443 446 449 452 455 458 461 464 467 470 473 476 479 482 485 488 491 494 497 500 503 506 509 512 515 518 521 524 527 530 533 536 539 542 545 548 551 554 557 560 563 566 569 572 575 578 581 584 587 590 593 596 599 602 605 608 611 614 617 620 623 626 629 632 635 638 641 644 647 650 653 656 659 662 665 668 671 674 677 680 683 686 689 692 695 698 701 704 707 710 713 716 719 722 725 728 731 734 737 740 743 746 749 752 755 758 761 764 767 770 773 776 779 782 785 788 791 794 797 800 803 806 809 812 815 818 821 824 827 830 833 836 839 842 845 848 851 854 857 860 863 866 869 872 875 878 881 884 887 890 893 896 899 902 905 908 911 914 917 920 923 926 929 932 935 938 941 944 947 950 953 956 959 962 965 968 971 974 977 980 983 986 989 992 995 998 1001 1004 1007 1010 1013 1016 1019 1022 1025 1028 1031 1034 1037 1040 1043 1046 1049 1052 1055 1058 1061 1064 1067 1070 1073 1076 1079 1082 1085 1088 1091 1094 1097 1100 1103 1106 1109 1112 1115 1118 1121 1124 1127 1130 1133 1136 1139 1142 1145 1148 1151 1154 1157 1160 1163 1166 1169 1172 1175 1178 1181 1184 1187 1190 1193 1196 1199 1202 1205 1208 1211 1214 1217 1220 1223 1226 1229 1232 1235 1238 1241 1244 1247 1250 1253 1256 1259 1262 1265 1268 1271 1274 1277 1280 1283 1286 1289 1292 1295 1298 1301 1304 1307 1310 1313 1316 1319 1322 1325 1328 1331 1334 1337 1340 1343 1346 1349 1352 1355 1358 1361 1364 1367 1370 1373 1376 1379 1382 1385 1388 1391 1394 1397 1400 1403 1406 1409 1412 1415 1418 1421 1424 1427 1430 1433 1436 1439 1442 1445 1448 1451 1454 1457 1460 1463 1466 1469 1472 1475 1478 1481 1484 1487 1490 1493 1496 1499 1502 1505 1508 1511 1514 1517 1520 1523 1526 1529 1532 1535 1538 1541 1544 1547 1550 1553 1556 1559 1562 1565 1568 1571 1574 1577 1580 1583 1586 1589 1592 1595 1598 1601 1604 1607 1610 1613 1616 1619 1622 1625 1628 1631 1634 1637 1640 1643 1646 1649 1652 1655 1658 1661 1664 1667 1670 1673 1676 1679 1682 1685 1688 1691 1694 1697 1700 1703 1706 1709 1712 1715 1718 1721 1724 1727 1730 1733 1736 1739 1742 1745 1748 1751 1754 1757 1760 1763 1766 1769 1772 1775 1778 1781 1784 1787 1790 1793 1796 1799 1802 1805 1808 1811 1814 1817 1820 1823 1826 1829 1832 1835 1838 1841 1844 1847 1850 1853 1856 1859 1862 1865 1868 1871 1874 1877 1880 1883 1886 1889 1892 1895 1898 1901 1904 1907 1910 1913 1916 1919 1922 1925 1928 1931 1934 1937 1940 1943 1946 1949 1952 1955 1958 1961 1964 1967 1970 1973 1976 1979 1982 1985 1988 1991 1994 1997 2000 2003 2006 2009 2012 2015 2018 2021 2024 2027 2030 2033 2036 2039 2042 2045 2048 2051 2054 2057 2060 2063 2066 2069 2072 2075 2078 2081 2084 2087 2090 2093 2096 2099 2102 2105 2108 2111 2114 2117 2120 2123 2126 2129 2132 2135 2138 2141 2144 2147 2150 2153 2156 2159 2162 2165 2168 2171 2174 2177 2180 2183 2186 2189 2192 2195 2198 2201 2204 2207 2210 2213 2216 2219 2222 2225 2228 2231 2234 2237 2240 2243 2246 2249 2252 2255 2258 2261 2264 2267 2270 2273 2276 2279 2282 2285 2288 2291 2294 2297 2300 2303 2306 2309 2312 2315 2318 2321 2324 2327 2330 2333 2336 2339 2342 2345 2348 2351 2354 2357 2360 2363 2366 2369 2372 2375 2378 2381 2384 2387 2390 2393 2396 2399 2402 2405 2408 2411 2414 2417 2420 2423 2426 2429 2432 2435 2438 2441 2444 2447 2450 2453 2456 2459 2462 2465 2468 2471 2474 2477 2480 2483 2486 2489 2492 2495 2498 2501 2504 2507 2510 2513 2516 2519 2522 2525 2528 2531 2534 2537 2540 2543 2546 2549 2552 2555 2558 2561 2564 2567 2570 2573 2576 2579 2582 2585 2588 2591 2594 2597 2600 2603 2606 2609 2612 2615 2618 2621 2624 2627 2630 2633 2636 2639 2642 2645 2648 2651 2654 2657 2660 2663 2666 2669 2672 2675 2678 2681 2684 2687 2690 2693 2696 2699 2702 2705 2708 2711 2714 2717 2720 2723 2726 2729 2732 2735 2738 2741 2744 2747 2750 2753 2756 2759 2762 2765 2768 2771 2774 2777 2780 2783 2786 2789 2792 2795 2798 2801 2804 2807 2810 2813 2816 2819 2822 2825 2828 2831 2834 2837 2840 2843 2846 2849 2852 2855 2858 2861 2864 2867 2870 2873 2876 2879

017839

2500 Q-175551 1/23/53 2-11-53 1000000

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, 2679, 26

January 14, 2014

References

Arthur Penn

الحمد لله رب العالمين

02007K 45 20 57 08 22 10 14

- 1) Water - the most important
- 2) Food - the most important
- 3) Shelter - the most important
- 4) Security - the most important
- 5) Health - the most important
- 6) Education - the most important
- 7) Employment - the most important
- 8) Transportation - the most important
- 9) Communication - the most important
- 10) Recreation - the most important



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data de corectare a seriei: 02/03/2024

02/03/2022 17:45 ~ 02/03/2022 18:45

STEFANIA PRISCILLA MOREIRA DOS SANTOS - COREIA: 352875 - FREIXEIRO AL-

[illegible]

30 [REDACTED] 223 DE

SECRET - 14-00000

SPRINGER-VERLAG GMBH, BERLIN, HEIDELBERG, NEW YORK, PARIS, VIENNA, ZÜRICH

WYDZIAŁ FIZYKI

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

CONFIDENTIAL

1980年11月12日 1980年11月12日

Page 1 of 15

FBI LABORATORY

[illegible]

54-10345-6-5539-2 (15)

Exhumation: 209 STEPHANIE AUSTRIA AUSTRIA COS SANTO COLOM 302879 - EISENMEIER

Desimprezão: 02/03/2008 17:47

Sistema de Avaliação: 100% (100%)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

UNIDADE DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: 005277000000000000

Nº Registro

Unidade: 000000000000000000

Nº do Item

Data de Realização: 15/12/2020

IPSS: 000000000000000000

2º Assinatura

Identificação: VICTOR MARIANO

Assinatura

Assinatura: RAONI LARSEN

Outros

Data de Realização: 15/12/2020

Assinatura

Assinatura

Paciente: 005277000000000000 - FRATURA DO SACRO

Identificação: VICTOR MARIANO

OBS: O PACIENTE ESTAVA COM A FRATURA DO SACRO EM NÍVEL L5/S1, COM DESALINHAMENTO DA COLUNA VERTEBRAL, SENDO NECESSÁRIA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO DA COLUNA VERTEBRAL.

Identificação: RAONI LARSEN

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM POSIÇÃO SUPINA, COM A CABEÇA ELEVADA.
2. ANESTESIA GERAL INDUZIDA COM PROPÓFOL.
3. INCISÃO MEDIANEIRA, DELODADA DO PUNTO DE PARTIDA DA COLUNA VERTEBRAL, COM O OBJETIVO DE ACESSAR O CANAL VERTEBRAL.
4. REALIZAÇÃO DE LAMINECTOMIA EM NÍVEL L5/S1, COM O OBJETIVO DE ACESSAR O CANAL VERTEBRAL.
5. REALIZAÇÃO DE DISCOTOMIA EM NÍVEL L5/S1, COM O OBJETIVO DE ACESSAR O DISCO INTERVERTEBRAL.
6. REALIZAÇÃO DE DISCOTOMIA EM NÍVEL L5/S1, COM O OBJETIVO DE ACESSAR O DISCO INTERVERTEBRAL.
7. REALIZAÇÃO DE DISCOTOMIA EM NÍVEL L5/S1, COM O OBJETIVO DE ACESSAR O DISCO INTERVERTEBRAL.
8. REALIZAÇÃO DE DISCOTOMIA EM NÍVEL L5/S1, COM O OBJETIVO DE ACESSAR O DISCO INTERVERTEBRAL.
9. REALIZAÇÃO DE DISCOTOMIA EM NÍVEL L5/S1, COM O OBJETIVO DE ACESSAR O DISCO INTERVERTEBRAL.
10. REALIZAÇÃO DE DISCOTOMIA EM NÍVEL L5/S1, COM O OBJETIVO DE ACESSAR O DISCO INTERVERTEBRAL.



SERVICIO DE CRIMINALIDAD

0476 0245 2323

ENFERMOS DO APPENDICITIS, DA ÚLCERA ABDOMINAL PERNÍCIAIS, SEU AVALIO E ENFERMEI-
GEMOS DO INTESTINO GROSSO

DATE RECEIVED BY OPERATOR: 03/05/15

COLEMAN, ANDREW : 426 GOLFVIEW RD. #4005

CHAMUNTE REALIZADA: DOSSIER COMPLETO DE BIOGRAFIA, + SÉRIE DE FOTOGRAFIA DE BEM-ESTAR, + EXPLICAÇÃO DO MÉTODO PARA O REPERCUTIR NA ZONA 2.5 DE 1990.

Q2: 35% of Diego's

US6204321D (2000-09-12)

03/26/2013 12:41 PM

706 04 4 2572 2 130 4

1. 4. 2015

- [illegible]

[illegible]

HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE 02-5432

PROCOPIENSE

PACIENTE JOSE ALVES REGISTRO 27

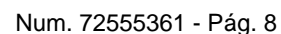
SAACRETOCAM 1/12 DATA 12/12

CIROCA 17 JOSE ALVES 17 12/12 17 12/12

WESTERN 17 12/12 17 12/12

DATE: 10/10/68

Assessment on Resource Allocation: Sale of Citrus



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 CLINICA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

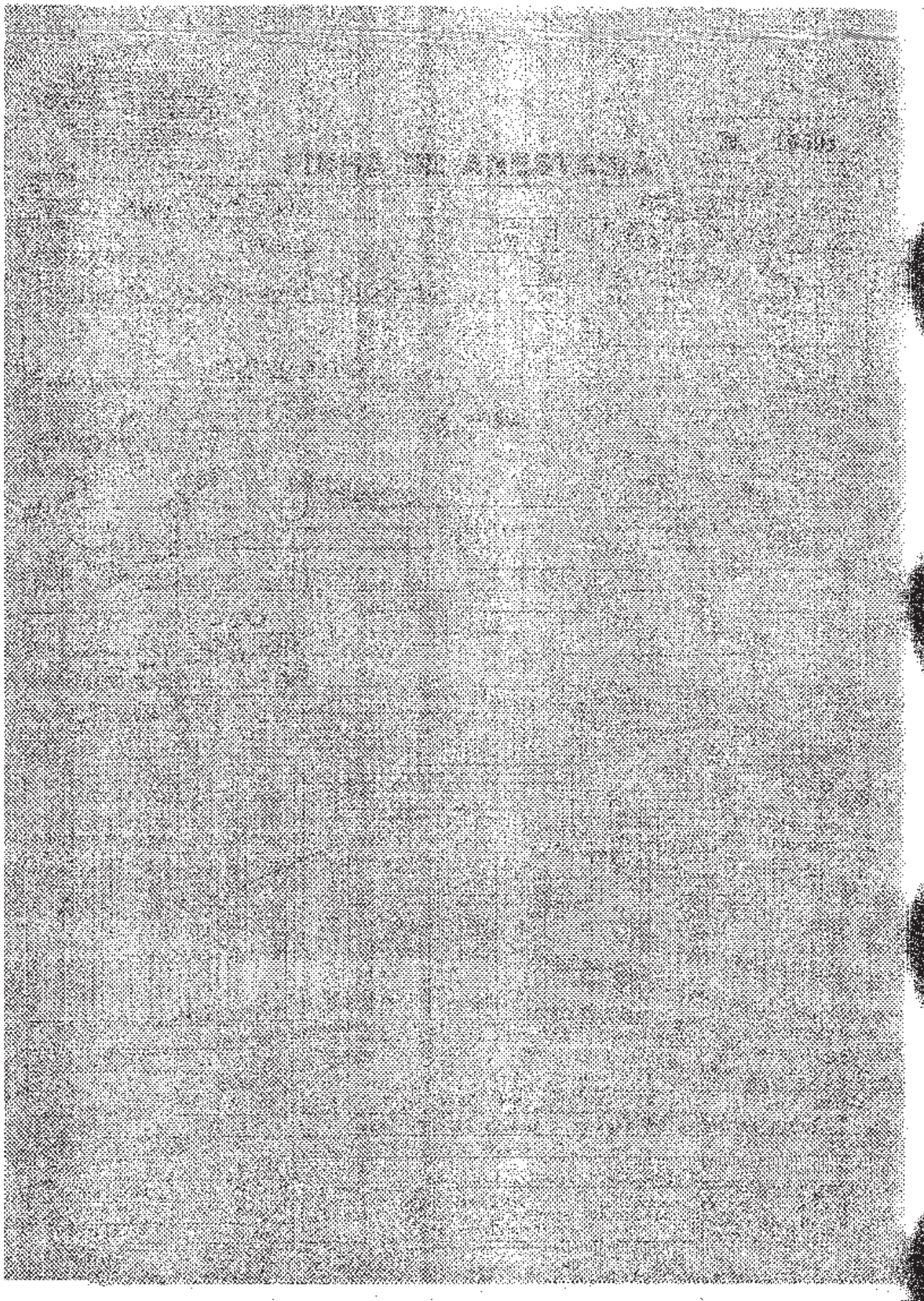
[illegible]

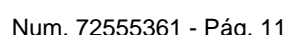
Chen, C. C. and C. C. Chen. 1999. The effects of the 1997 Asian financial crisis on the U.S. economy.

OS/2 V2.30 CDROM

Resposta do Responsável pelo Salas de Igreja









**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

AMBULATORIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

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

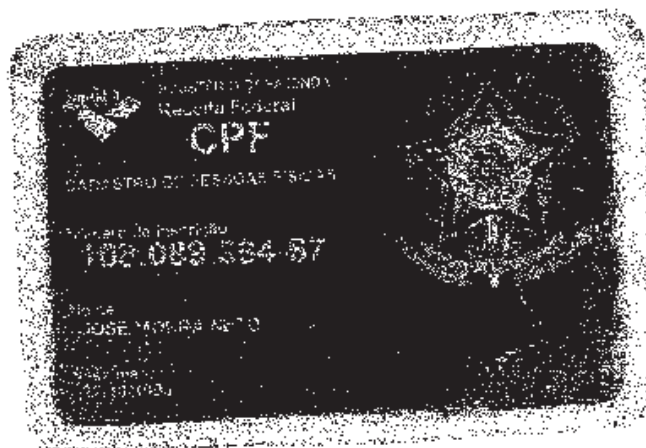
TRATAMENTO REALIZADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSO
CANULADO + PLACA DE RECONSTRUÇÃO EM REGIÃO DE SINFISE

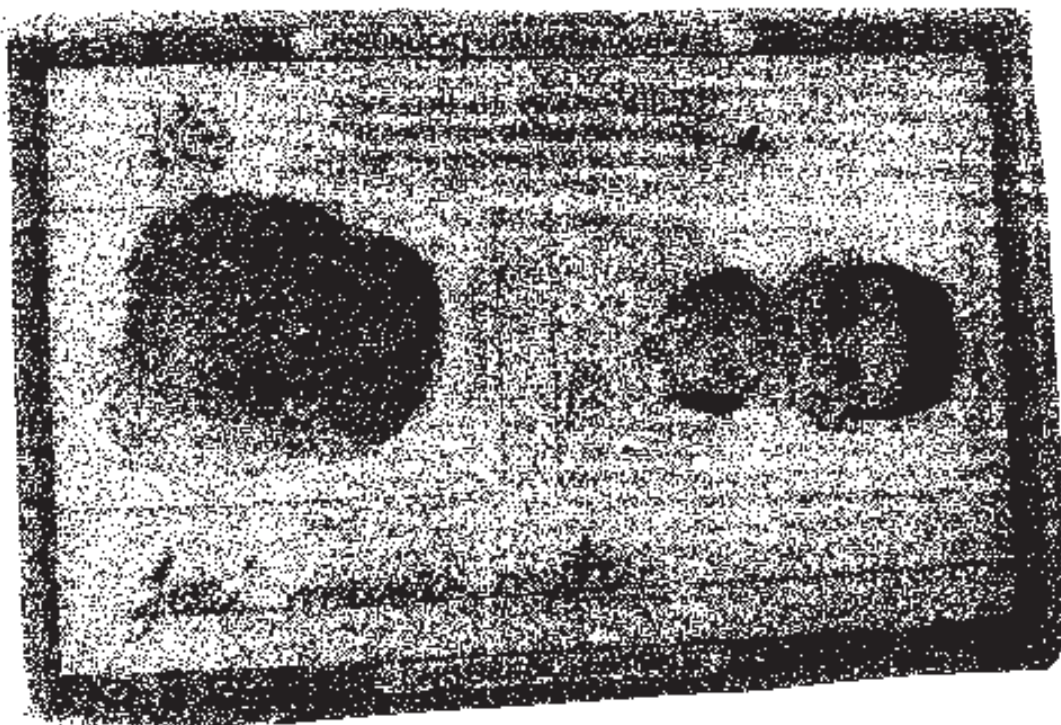
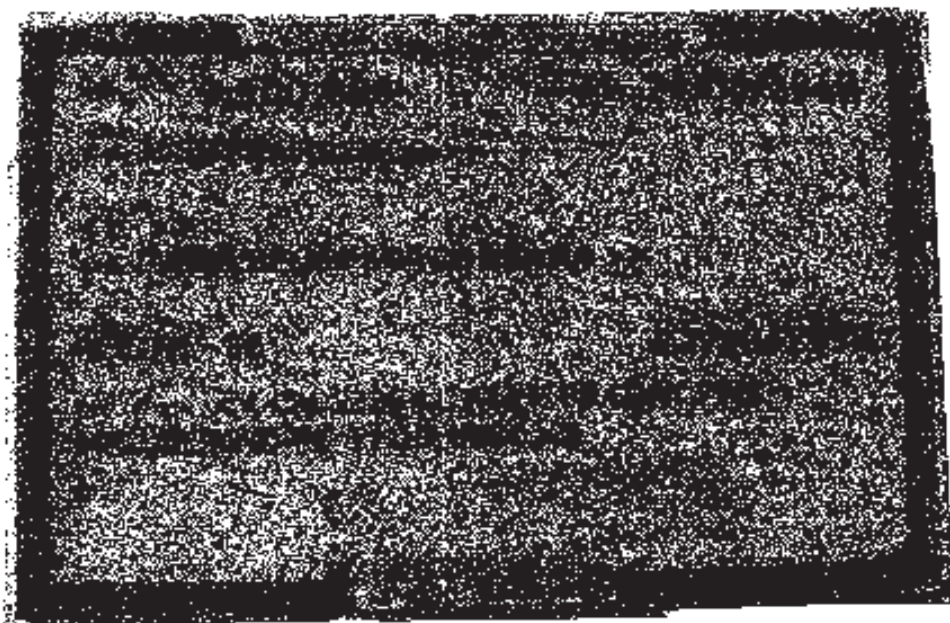
ALTA HOSPITALAR: 26/02/2019

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389


ASS. DO MÉDICO RESIDENTE









SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
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

Tipo: MOTOCICLETA

Espécie: PAS

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS

Marca: HONDA

Cor: VERMELHA

Ano Fabricação: 2006

Município: CUIRÁ

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 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 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:

108.059.374
67

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular:

(81) 99700/098

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

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 fiquei
fraturado como consta na documentação e por isso fiz todo
tratamento médico e mesmo assim me encontro
com sequelas e não fui submetido a nenhuma
medida, solicito que seja feita a perícia para
que seja reanalisado o meu processo.

Curitiba, 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, assinie 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

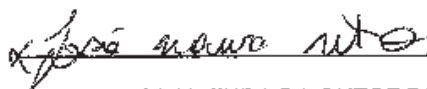
NOME: JOSÉ MOURA NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AGRICULTOR
IDENTIDADE: 9.100.806 – SDS/PE e CPF nº 108.089.394/67
DATA DO ACIDENTE: 02/02/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSÉ MOURA NETO
ENDEREÇO: RUA INOCÊNCIO JERÔNIMO, nº 52 - BAIRRO: CENTRO – FREI MIGUELINHO(PE).

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 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

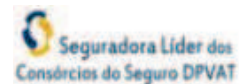
Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

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 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

