
Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200020643

Vítima: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200020643

Vítima: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 08/09/2019, emitido pelo Dr. PETRÔNIO EDUARDO CRM nº 7839 - PE, da Instituição HRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº da sinistro ou APL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

119.818.264-40 KILDERE YURI CONTINHO DE FARIAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KILDERE YURI CONTINHO DE FARIAS 6 - CPF: 119.818.264-40
7 - Profissão: REC INF 8 - Endereço: SÍTIO MANOEL COSME 9 - Número: 137 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55765-000
15 - E-mail: PE SEGUROS 1994@YAHOO.COM.BR 16 - Tel.(DDD): 81.9.9700.1998

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\$1.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 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. Avise uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45824 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que não sou portador de incapacidade física ou mental, de acordo com o IMI (Instituto Médico Legal), caso contrário, informo-me de que não posso obter o Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Se o motivo for o primeiro, sujeito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeterá a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura qualificação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso dissocie do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Estado civil do representante: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

25 - Gênero da parceira com a vítima: 26 - Vítima deixou parceiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou parceiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso dada, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem o comprovante desta condição, estando ciente, ainda, de que quem quer entrar no pedido de declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a um da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a peça/pedido

36 - CPF legível de quem assina a peça/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a peça/pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

35 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Santa Maria do Cambuca, 10 de Janeiro de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (curador)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA -
DP133ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0223000008**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/01/2020** às **12:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/9/2019** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR MIGUEL BRÁS, PRÓXIMO AO FÓRUM - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 -**
Bairro: **CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

BURACO NA VIA PÚBLICA (AUTOR/AGENTE)
BANCO FINASA S/A (OUTRO)
KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS**

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

KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO COUTINHO DA SILVA Pai: **ANDRE ALVES DE FARIAS** Data de Nascimento: **26/8/1999** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9880968/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares: **- 87881698449**

Residência: **SÍTIO MANOEL COSME, PRÓXIMO AO MERCADINHO DO SARGENTO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 177 - CEP: 55080-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO MERCADINHO DO SARGENTO**

BANCO FINASA S/A - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

BURACO NA VIA PÚBLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BANCO FINASA S/A**, que estava em posse do(a) Sr(s): **KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **LTB1594** (RIO DE JANEIRO/RIO DE JANEIRO) Renavam: **926852255** Chassi: **9C2KC08108R000779**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. "KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS" RELATANDO QUE NO DIA 08/09/2019, APROXIMADAMENTE ÀS 2H DA MANHÃ, QUANDO SE DESLOCAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA LTB1594 PELA PASSARELA DA AVENIDA DOUTOR MIGUEL BRÁS, PRÓXIMO AO FÓRUM, NÃO AVISTOU UM BURACO QUE HAVIA NELA VINDO A CAIR E SOFRER SÉRIAS LESÕES, INCLUSIVE PERDENDO 4 DENTES DA PARTE SUPERIOR DA ARCADA DENTÁRIA E SENDO SOCORRIDO PARA A POLICLINICA LOCAL E LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM GARUARU.

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

KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS
(VITIMA)

Kilder Yuri Coutinho de Farias

B.O. registrado por: **THEOMAR THEOPHILO BEZERRA** - Matrícula: **3879984**

Theomar Theophilo Bezerra

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou APL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

119.818.264-40 KILDERE YURI CONTINHO DE FARIAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KILDERE YURI CONTINHO DE FARIAS 6 - CPF: 119.818.264-40
7 - Profissão: REC INF 8 - Endereço: SÍTIO MANOEL COSME 9 - Número: 137 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55765-000
15 - E-mail: PE SEGUROS 1994@YAHOO.COM.BR 16 - Tel.(DDD): 81.9.9700.1998

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\$1.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 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. Avise uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45824 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que não sou impedido de comparecer ao Instituto de Medicina Legal (IMI) para obter o laudo médico necessário para a cobertura de Invalidiz Permanente do Seguro DPVAT por invalidez permanente, conforme Lei nº 5.194/74, art. 38, §1º, decido, portanto, que esta autorização não significa prévia concessão por parte da Seguradora LIDER de qualquer indenização ou ressarcimento (assinalar uma das opções):

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

Se o motivo for o primeiro, solicito o prosseguimento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me sumetendo às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 38, §1º, decido, portanto, que esta autorização não significa prévia concessão por parte da Seguradora LIDER de qualquer indenização ou ressarcimento (assinalar uma das opções):

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Estado civil do representante legal: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

25 - Gênero da parceira com a vítima: 26 - Vítima deixou parceiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou parceiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso dada, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem o comprovante desta condição, estando ciente, ainda, de que esta declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido, a um da responsabilidade criminal por infração do artigo 339 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a peça/pedido

36 - CPF legível de quem assina a peça/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a peça/pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

35 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Santa Maria do Cambuca, 10 de Janeiro de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (curador)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532
 533
 534
 535
 536
 537
 538
 539
 540
 541
 542
 543
 544
 545
 546
 547
 548
 549
 550
 551
 552
 553
 554
 555
 556
 557
 558
 559
 560
 561
 562
 563
 564
 565
 566
 567
 568
 569
 570
 571
 572
 573
 574
 575
 576
 577
 578
 579
 580
 581
 582
 583
 584
 585
 586
 587
 588
 589
 590
 591
 592
 593
 594
 595
 596
 597
 598
 599
 600
 601
 602
 603
 604
 605
 606
 607
 608
 609
 610
 611



Terça-feira, 14 de Maio de 2019, 10:43:00
Data de Emissão: 14/05/2019
Valor: R\$ 10.000,00
Código de Verificação: 10274

BAIXA DE CUSTOS

EXERCÍCIO DA ATIVIDADE COMERCIAL

CPF: 000.000.000-00

CENTRO CUSTO RRM
SUBCENTRO CPE
STATUS: 000

CATEGORIA
ATIVIDADE
PENDENTE

7006749885 10/2019
14/10/2019 07/11/2019
10274

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR
100,000000	0,100000	10,00
		0,50
		5,00
		5,84
		0,26
		0,80
		1,50
		2,11

10274

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00
14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00
14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00
14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00
14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00
14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00
14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00
14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00
14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00	14/05/2019	10,00

10274

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 9.513/98.

Pelo exposto, eu Adriana Mª Moura de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kildre Yuri Coutinho de Farias inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.818.264 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura 30 Validez da Vítima Kildre Yuri Coutinho de Farias, inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.818.264 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua João Batista</u>		Número <u>340</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Surubim</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial (DDD) <u>81-99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98429-8619</u>

Surubim, 10 de fevereiro de 2020
Local e Data

Adriana Mª Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente KILDRE YURI COSTINHO DE FARIAS
_vítima de acidente de moto, portador(a) do CPF:
319.818.264-40 RG:
9.880.968, residente:
Sítio Manoel Costa recebeu
atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/09/2019, onde foram
realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 04 de NOVEMBRO de 2019

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE SERVIÇOS HUMANOS

Assessor da Prefeitura Municipal

CPF: 045.008.307-08

Henrique Soares do Nascimento



PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUÇÁ
Trabalhando com o povo

**SERVICO DE
PRONTO ATENDIMENTO**

Data: 08/09/19 Hora: Registo:
Nome: Kildere Yuri Coutinho de Farias
Endereço: Sítio Manuel Casmo Referência:
Bairro: zona rural Cidade: Stº Mº do Cambuçá
Idade: 20a Sexo: M Cor: Pd Profissão: Agricultor
Responsável: Maria da Conceição Coutinho de Sampaio
Endereço do Responsável: Fone:

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSADO

ACIDENTE DE TRÁFEGO

VEÍCULO: Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐ Ignorado ☐
MODO: Atropelamento ☐ Colisão ☐ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

AGRESSÃO

POR: Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐
MODO: Assalto/Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM: Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

AUTO AGRESSÃO/SUICÍDIO

POR: Arma de Fogo ☐ Enforcado ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outros ☐ 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:

Do início deste século sofreu com dores no corpo e
se movimenta com dificuldade com muita dor e
possível fratura de maxila; dores no pescoço e braço 57
66349

Exame Físico:

PA: 120x80 FC: 80 Pulso: Temperatura: 37,2 HGT: 1,79mkg

Hipótese Diagnóstica:

Procedimentos:

Assinatura: [Assinatura]

Medico
CRM 4425



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

HRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Kildere Yuri Coutinho de Faria , Esteve Interno (a)** nesta unidade de saúde no período do dia **08/09/2019 a 08/09/2019** , Registro : **344803**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

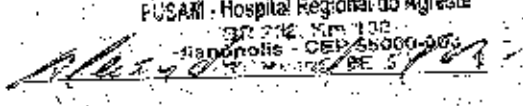
Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

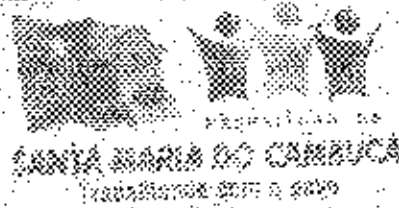
Caruaru, 13 de Setembro 2019

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

BR 212, Km 132
- Jandara - CEP 55000-000


setor de Arquivo (same)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Receita para tratamento de
doença de natureza maliciosa
Segundo Art. 1º do Regulamento
Nº 1.111/1994
Paciente: Maria da
Mãe: Maria da
Data: 11/11/11

00000000000000000000

Assinatura
[Assinatura]

Printed on 5/4/93

5355

012 2520125201252

Figure 2

[illegible]

کتابخانه مرکزی و اسناد خطی

CONCLUSIONS AND FUTURE RESEARCH

2000

Kaiser Family Foundation

Exercise 5

1450350415242

၁၆၆၆

322

40504

Figure 1

152432

1960-1961

1. The first part of the text

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGENCIA

Forma de Recuperação da Saúde do Paciente

Responsabiliza-se pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento do paciente, com o objetivo de garantir a qualidade do atendimento e a segurança do paciente.

Nome: _____
 Endereço: _____
 Data: _____

Assinatura do Médico: _____
 Assinatura do Enfermeiro: _____

Assinatura do Farmacêutico: _____
 Assinatura do Radiologista: _____

Assinatura do Psicólogo: _____
 Assinatura do Fonoaudiólogo: _____

Assinatura do Nutricionista: _____
 Assinatura do Fisioterapeuta: _____

Assinatura do Assistente Social: _____
 Assinatura do Terapeuta Ocupacional: _____

Assinatura do Psicólogo Clínico: _____
 Assinatura do Psicólogo Escolar: _____

Assinatura do Psicólogo do Trabalho: _____
 Assinatura do Psicólogo do Esporte: _____

Assinatura do Psicólogo da Saúde: _____
 Assinatura do Psicólogo da Criança: _____

Assinatura do Psicólogo da Família: _____
 Assinatura do Psicólogo da Comunidade: _____

Assinatura do Psicólogo da Gerontologia: _____
 Assinatura do Psicólogo da Neuropsiquiatria: _____

Assinatura do Psicólogo da Psicologia Forense: _____
 Assinatura do Psicólogo da Psicologia da Saúde: _____

Assinatura do Psicólogo da Psicologia da Educação: _____
 Assinatura do Psicólogo da Psicologia da Arte: _____

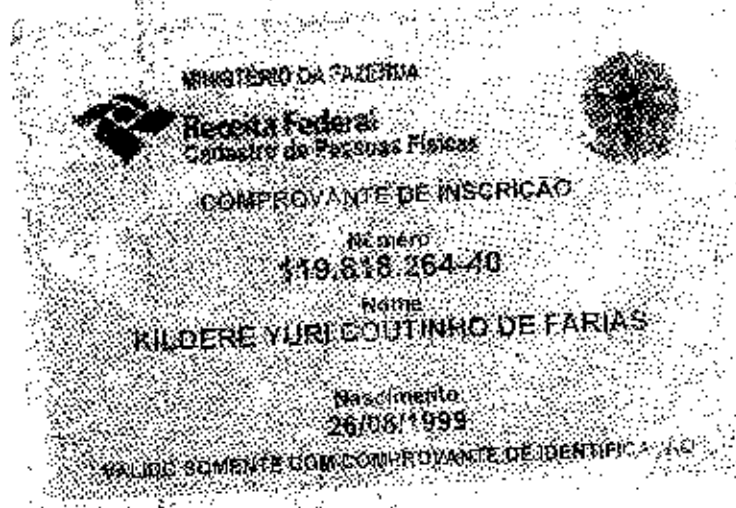
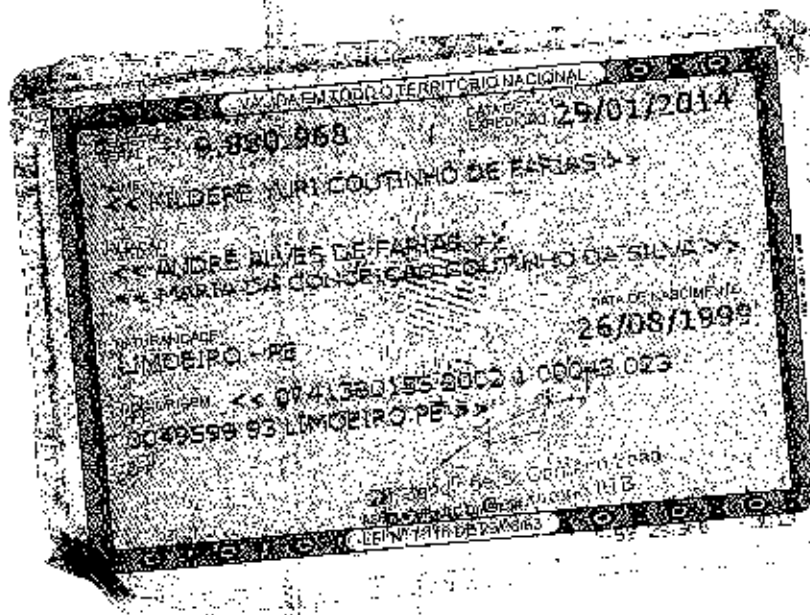
Assinatura do Psicólogo da Psicologia da Música: _____
 Assinatura do Psicólogo da Psicologia da Dança: _____

Assinatura do Psicólogo da Psicologia da Alimentação: _____
 Assinatura do Psicólogo da Psicologia da Atividade Física: _____

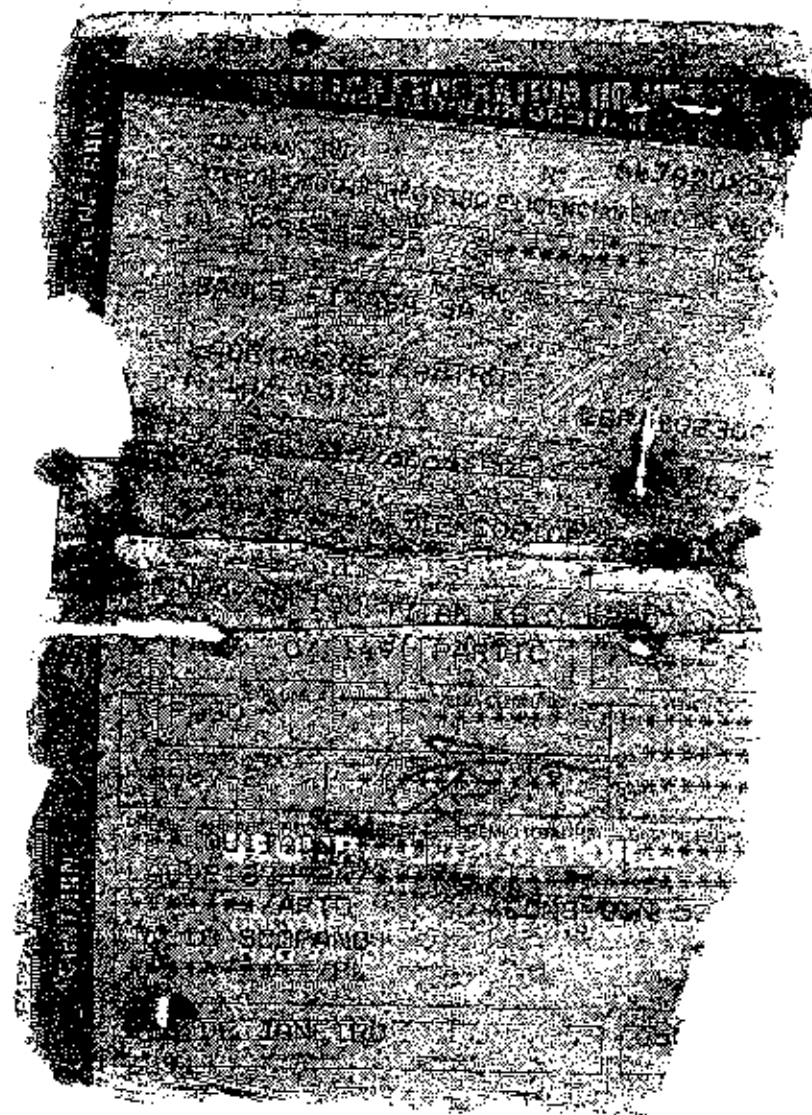
Assinatura do Psicólogo da Psicologia da Comunicação: _____
 Assinatura do Psicólogo da Psicologia da Interação Social: _____

Assinatura do Psicólogo da Psicologia da Cultura: _____
 Assinatura do Psicólogo da Psicologia da Religião: _____





[illegible]





RIO DE JANEIRO - RJ

LTB-1594

HONDA/CG 150 TITAN KS

2007/2008

AZUL

CHASSI FINAL 00779

FURTO/ROUBO: NÃO

POSSUI ANOTAÇÃO? NÃO

MAIS INFORMAÇÕES NO ESTADO:

RJ

OUTROS ESTADOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200020643 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS **Data do acidente:** 08/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL COM ESCORIAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA
P5,6

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017699/20

Vítima: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

CPF: 119.818.264-40

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/09/2019

Titular do CPF: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS : 119.818.264-40

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: 14/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 9.880.968 SDS/PE - CPF 119.818.264-40
DATA DO ACIDENTE: 08/09/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS
ENDEREÇO: SÍTIO MANOEL COSME, 177, ZONA RURAL, SANTA MARIA DO CAMBUCÁ - PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

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.

SURUBIM- PE 12 DE SETEMBRO 2019

Kilder Yuri Coutinho de Farias

CNS 15950-9

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9
titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMEOS
Telefone: (81), 2964-1192

Reconheço por autenticidade a firma de KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS. Dou fé. Emol R\$ 2,59. TSMR R\$ 0,80. FERM R\$ 0,04. FUNSEG R\$ 0,08. FERC R\$ 0,40. ISS R\$ 0,00. testemunha: ADEILSON GONZAGA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017699/20

Vítima: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

CPF: 119.818.264-40

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/09/2019

Titular do CPF: KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

KILDERE YURI COUTINHO DE FARIAS : 119.818.264-40

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: 14/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos