
Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198058

Vítima: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Data do Acidente: 02/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

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, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198058

Vítima: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Data do Acidente: 02/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000024621-2

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



Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198058

Vítima: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Data do Acidente: 02/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 29/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

143.639.734-04

4 - Nome completo da vítima:

DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

6 - CPF:

143.639.734-04

7 - Profissão:

REC. INFORMAR

8 - Endereço:

RUA BELA VISTA

9 - Número:

12

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

SANTA MARIA DO CAMBUCA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.765-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

8419.9665-0454

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da Vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Conv.)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ver nascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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: SANTA MARIA DO CAMBUCA, 19/05/2020.

X DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0223000166**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/04/2020** às **18:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/3/2020** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ, 1, SÍTIO CAMBUCÁ, PROXIMO A - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
DAVI PEREIRA DE MOURA (OUTRO)
DEVIDE PEREIRA DA SILVA MAOURA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DEVIDE PEREIRA DA SILVA MAOURA

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

DEVIDE PEREIRA DA SILVA MAOURA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DEVIDE PEREIRA DA SILVA MOURA Pai: DAVI PEREIRA DE MOURA Data de Nascimento: 7/4/2000 Naturalidade: TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10340701/SDS/PE (RG): 14363973404 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 971207425

Endereço Residencial: **RUA BELA VISTA, 154, RUA BELA VISTA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

DAVI PEREIRA DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DAVI PEREIRA DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DEVIDE PEREIRA DA SILVA MAOURA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCD3918** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCÁ) Renavam: **109566933** Chassi: **9C2KC2800GR23479**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

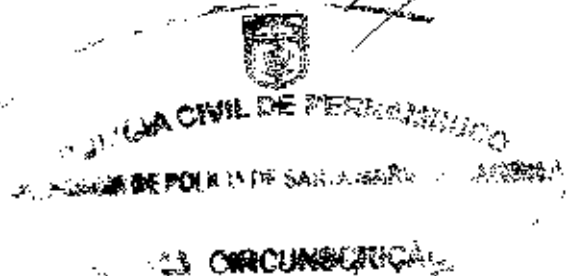
Complemento / Observação

INFORMA A PESSOA DE DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA QUAL NO DIA 02/03/2020 QUE TRANSITAVA PILOTANDO NA MOTOCICLETA DE PLACA PCD 3918, ACIMA DESCRITA, NO SÍTIO CAMBUCA, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM VEICULO DESCONHECIDO, PROVAVELMENTE UMA MOTOCICLETA, CAUSANDO DANOS NA VEICULO E LESÕES GRAVE EM SUA INTEGRIDADE FÍSICA. LOGO APÓS O ACIDENTE A VITIMA DEU ENTRADA NA POLICLÍNICA DESTA CIDADE, E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HRA DA CIDADE DE CARUARU

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

x Deivide Pereira da Silva de Moura
DEIVIDE PEREIRA DA SILVA MOURA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE ELTHON DOS SANTOS SARINHO - Matrícula: 2729015



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

143.639.734-04

4 - Nome completo da vítima:

DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

6 - CPF:

143.639.734-04

7 - Profissão:

REC. INFORMAR

8 - Endereço:

RUA BELA VISTA

9 - Número:

12

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

SANTA MARIA DO CAMBUCA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.765-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

8419.9665-0454

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

835

CONTA:

24621

02

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da Vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Conv.)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ver nascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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 o pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCA, 19/05/2020.

X DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000024621-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1006202005000000000023700835000000024621168750 PAGO



CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE

CELPE



União Social do Espírito Santo - Criado pela Lei 10.486, de 20/04/02

Dispositivo Eletrônico de Pagamento
Av. João de Barros, 171, Bica Velha, Rio de Janeiro - RJ 22251-000
CNPJ 16.235.932/0001-00 | Ins. Est. 02594365 | www.celpe.com.br

CRÉDITO CLIENTE

MARIA VIVIANA MOLRA DE A. FERNANDES

EXERCÍCIO: 2014 ANO: 03 DE: 03/03/2014

RUA JOAO BA: STA 3/3

CPF 945 254 444-04

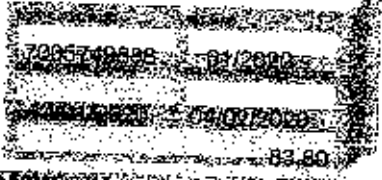
CENTRO SUL LUM
SUL LUM PE
05750-000

CLASSIFICAÇÃO

B: RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
NORMADO

081288003 UNICA 07/01/2010

07/01/2010 2011186009 9753008



	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade TUSD	39,0000000	0,4266182	42,24
Consumo Atividade M+TF	99,4700000	0,3587582	35,51
Atividade Bandeira AMARELA			1,86
Diário - 1º Tr. Público Municipal			9,48
ICMS Subvenção - COE NF 019/76887-01/12/12			9,70
TOTAL DO FATOR A			88,80

INFO	Tipo de	Anterior	Atual	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
SEMPRE	Relatório	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (L/m³)
07/01/10	CAT	07/01/2010	20447,00	07/01/2010	20447,00	20447,00	21	1,1000	21,00

PERÍODO	VALOR	VALOR	%	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
DATA	VALOR	VALOR	%	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
JAN 10	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
FEB 10	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAR 10	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
ABR 10	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAY 10	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUN 10	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUL 10	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
AUG 10	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
SET 10	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
OCT 10	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
NOV 10	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
DEZ 10	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JAN 11	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
FEB 11	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAR 11	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
ABR 11	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAY 11	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUN 11	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUL 11	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
AUG 11	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
SET 11	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
OCT 11	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
NOV 11	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
DEZ 11	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JAN 12	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
FEB 12	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAR 12	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
ABR 12	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAY 12	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUN 12	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUL 12	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
AUG 12	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
SET 12	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
OCT 12	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
NOV 12	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
DEZ 12	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JAN 13	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
FEB 13	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAR 13	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
ABR 13	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAY 13	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUN 13	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUL 13	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
AUG 13	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
SET 13	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
OCT 13	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
NOV 13	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
DEZ 13	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JAN 14	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
FEB 14	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAR 14	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
ABR 14	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAY 14	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUN 14	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUL 14	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
AUG 14	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
SET 14	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
OCT 14	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
NOV 14	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
DEZ 14	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JAN 15	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
FEB 15	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAR 15	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
ABR 15	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAY 15	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUN 15	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUL 15	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
AUG 15	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
SET 15	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
OCT 15	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
NOV 15	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
DEZ 15	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JAN 16	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
FEB 16	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAR 16	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
ABR 16	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAY 16	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUN 16	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUL 16	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
AUG 16	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
SET 16	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
OCT 16	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
NOV 16	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
DEZ 16	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JAN 17	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
FEB 17	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAR 17	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
ABR 17	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAY 17	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUN 17	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUL 17	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
AUG 17	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
SET 17	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
OCT 17	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
NOV 17	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
DEZ 17	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JAN 18	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
FEB 18	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAR 18	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
ABR 18	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAY 18	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUN 18	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUL 18	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
AUG 18	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
SET 18	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
OCT 18	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
NOV 18	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
DEZ 18	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JAN 19	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
FEB 19	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAR 19	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
ABR 19	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAY 19	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUN 19	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUL 19	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
AUG 19	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
SET 19	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
OCT 19	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
NOV 19	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
DEZ 19	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JAN 20	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
FEB 20	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAR 20	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
ABR 20	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
MAY 20	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUN 20	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
JUL 20	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
AUG 20	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
SET 20	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
OCT 20	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
NOV 20	1,10	1,10	100%	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
DEZ 20	1,10								

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 COAF**².

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 JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 143.639.734 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA inscrito (a) no CPF sob o Nº 143.639.734 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura TRANZITO DE 2 da vítima DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA inscrito (a) no CPF sob o Nº 143.639.734 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

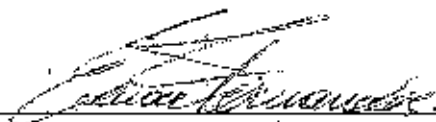
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder- (DPVAT), residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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>370</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) 9.9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9133-5022</u>

SURUBIM 19 de MAIO de 2020.

Local e Data



Assinatura do Declarante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200198058 **Cidade:** Santa Maria da Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA **Data do acidente:** 02/03/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º METATARSOS DE PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 5_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Data: 02/03/2020 Hora: 15:11 Registro:
Nome: Deivide Pereira da Silva Moura
Endereço: Rua Bela Vista Referência:
Bairro: Centro Cidade: St. m: Cambuca
Idade: 18 anos Sexo: m Cor: P.O. Profissão:
Responsável:

Endereço do Responsável: Fone:

DADOS DO ACIDENTADO OU SUSPEITO

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 ☐

OUTRO (ESPECIFICAR) ☐

ACIDENTE DE TRÁFEGO ☐

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

OUTRO (ESPECIFICAR) ☐

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: Pit do estômago no nível operatório - lesão extensa
no estômago e p. superior e flacidez na pele do t. - possibilidade
de lesão de acidente de moto - nec. óptica, visão

Exame Físico: 666-15

PA: 130x100 FC: Pulso: Temperatura: HGT:

Hipótese Diagnóstica: Fratura exposta SI TLE

Procedimentos: 1) Limpeza + exploração do ferida
2) Curativo asséptico
3) Transferência: HRA (simba: 5295901)
4) Cuidado do dor + febre + transição (Monitorar)

Cód.: 123456789

Médico Responsável:

HRA : 5895901

Dna DeBora
(control)



ortopedia

PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO | 15100

Paciente Divino Pereira de L. Moura, 19a
apresentando lesões cutâneas extensas e pruriginosas,
clínica de fratura exposta de 5º dedo de
esquerda, após acidente de moto. Necessidade
de medicamentos e material cirúrgico

do exame: Fratura de 5º dedo. ECG: 15

PN: 130 x 100 mm

HO: Fratura exposta 5º TCE

Presc: limpeza e curativo cirúrgico
Tetracil + tetracil

Exat: analgesia e curativo cirúrgico
ortopedia

Data 02, 03, 20

Dr. Carlos Eduardo de Arruda
(assinatura)



DECLARAÇÃO

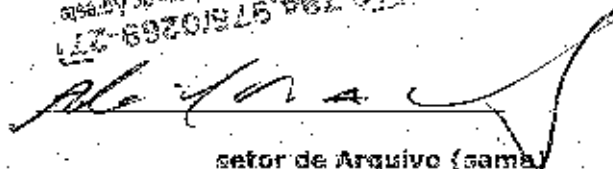
Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Deivide Pereira da Silva de Moura**, esteve Interno (a) nesta Unidade de Saúde no dia **02/03/2020 a 03/03/2020**. Registro : **355565**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 27 de Março 2020

12-6970915-661601


setor de Arquivo (sama)

AT&T ENT. 89263

FD-302a (Rev. 5-22-64)

Name: Charles E. P. R. A. S. I. N. I. A

Edgar Allan Poe

References

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, 2680, 26

REFERENCES

15-00000

0825 1430 9436 41

Reference

0123456789101112131415161718192021222324252627282930313233343536373839404142434445464748495051525354555657585960616263646566676869707172737475767778798081828384858687888990919293949596979899100

Entered 12 FEB 1972



Mathematics

Cinade: SAHARA RIVER COUNTRY

1941

Expenditure

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

Херсонська

Address: 69 Avenida 10, APT. 608, Miraflores, Lima, Peru

2019年12月12日 星期四

[illegible]

ENVIRONMENTAL MONITORING

Week 1: Monday 13/12/20

January 19

20

SABO, G. 1983.

References



1872-1873

1892

11/11/2011 11:11:11 AM

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Abstract

[illegible]

Q. CHOPRA IS AN INDIA PARTY REGIONAL CC-PSU? b6
b7C

20 June 1955 - KALINGA DE YERKA

PRICE (OFFERS OF THE) MANCINI

405K-505 P-ACE 2000 260 DI-6000 P-2000/STN 1483

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

ALBERT EINSTEIN

Time: _____

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PAGE NO.: _____

VINSTR(N) : IS A DOG WITH N WHITE ON ROSTER IN JUNE 80 AND HAS BEEN EATEN OR KILLED.

[illegible]

001 NACCHINESI, GIULIA 002 DI BERSCHNER, ADRIANO 003 DI BERNARDI, ANTONIO 004
005 DI BERNARDI, ANTONIO 006 DI BERNARDI, ANTONIO 007 DI BERNARDI, ANTONIO 008
009 DI BERNARDI, ANTONIO 010 DI BERNARDI, ANTONIO 011 DI BERNARDI, ANTONIO 012

[illegible]

04/45

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

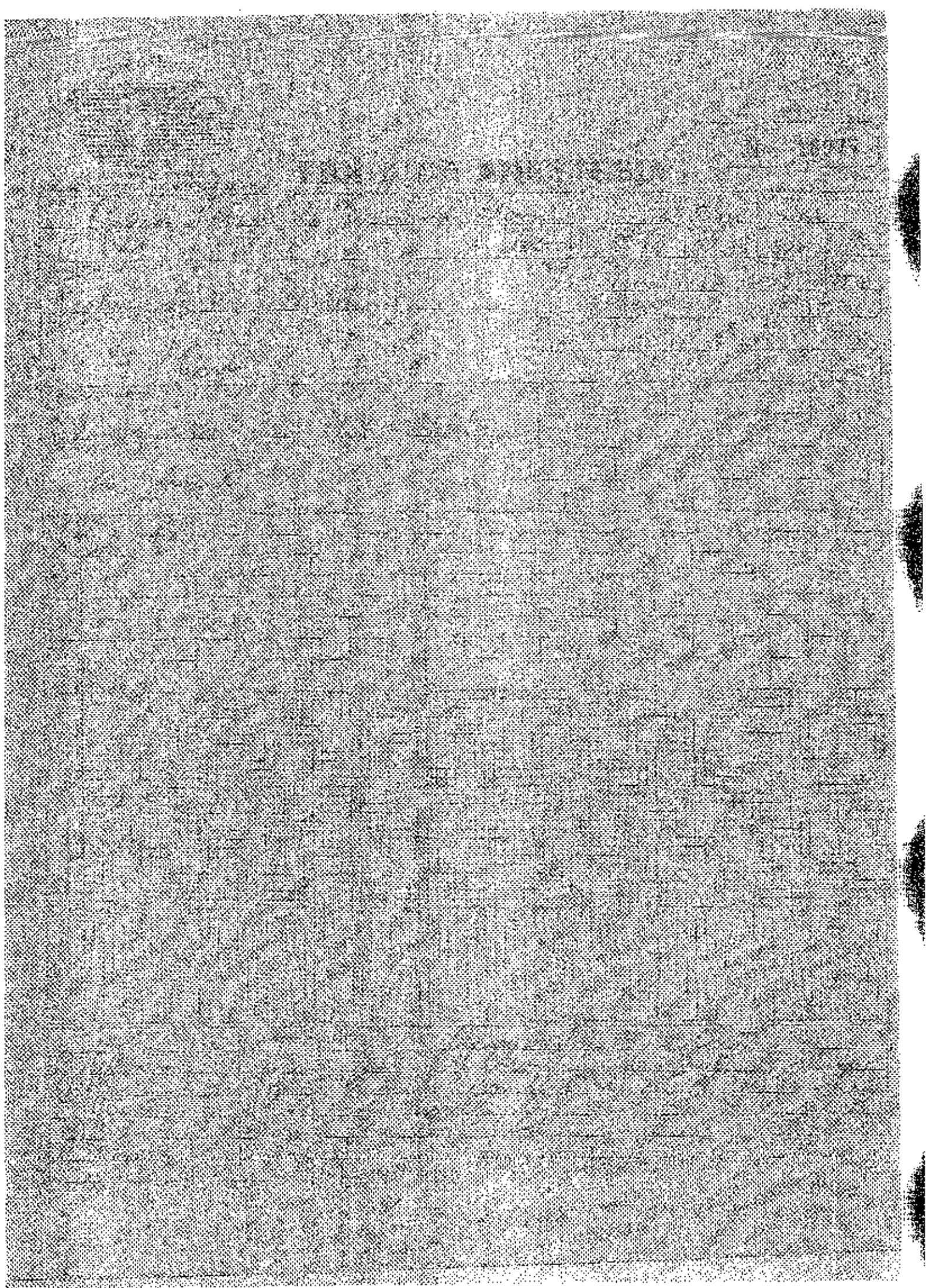
Indicação: 22/35 BLOCO CIRÚRGICO Feminino 23:05
 PACIENTE: Onivaldo Pereira da Silva de Moura REGISTRO Nº
 SALA CIRÚRGICA Nº 04 DATA: 23/10
 CIRURGIÃO: Dr. Alexandre Lages
 ANESTESIA: Rogério Falcão ANESTESIOLOGISTA: Dr. Paulo

QUANT	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT	ESPECIFICAÇÃO	PR	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
1	Oxigênio		-	25	Agulha Descartável 2,5x0,3		07
2	Água Destilada		04		Agulha para Puntura		
	Atropina				Agulha para Raquídeo 22		01
1	Bupivacaína 0,5%		51		Alcova Casada		
1	Clonidina 1g		02		Alcova Crepom 1/2 1/2		02
	Clonidina				Cateter para Orifício		01
1	Desametasona 4mg		01		Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
1	Dipiridna		02		Coletor de Urina Fechado		
	Eletrolito				Drain		
	Glicose 50%			13	Eletrodo de Monitorização		05
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metaxolona				Equipo para Soro		
	Meclofenol				Fio Cat. Cat. Cromado		
	Prometazina				Fio Cat. Cat. Simplex		
	Ranitidina				Fio de Agulha		
	Ringer de Lactato				Fio de Algodão		
100ml	Soro Fisiológico		20	1	Fio de Nylon 2,0		05
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estrolo			10	Gaze 7,5x7,5		12
	Tenoxicam				Lâmina de Bisturi n.º 24		02
200ml	Penicilina G Injetável		-		Limas Estéreis 7,0		02
100ml	Salicilato 0,5%		-		Limas Estéreis 7,6		02
1	Amoxiclavina		01		Limas Estéreis 8,0		02
13	Amoxiclavina		06		Seringa 5ml		03
13	Amoxiclavina		06		Seringa 10ml		03
21	Amoxiclavina		06		Seringa 20ml		
100ml	Amoxiclavina		08		Sonda de Foley		
1	Amoxiclavina		02		Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretral		
					Tubo para Aspiração		
				13	Comprimido 2,5mg		04
				5	Fio de 1,2, 2,5		02
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: Os materiais utilizados outros itens específicos.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO 10.340.701 DATA DE EMISSÃO 29/03/2016

Nome << DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA >>

Nome << DAVI PEREIRA DE MOURA >>
<< NATALICIA MARIA DA SILVA >>

Localidade TAQUARITINGA DO NORTE - PE DATA DE NASCIMENTO 07/04/2000

SOC. ORDEM << CN.15020 L.113 F.182V CART. SANTA MARIA DO CARBUÇA PE 01.05.2010 >>

ASSINATURA DO DETENTOR DA IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

08R-47

DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recarga Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 143.639.734-04

Nome DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Nascimento 07/04/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DETRAN - PE

№ 015100736007

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

NO	CO-ORDINATE	STATUS	EXPIRATION
1	1655655325	*****	2013

DAVI PEREIRA DE MOURA

STANLEY M. KAMBERG - PE

981 564 713-71

100-443886-100

08-06-2007

THE

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

100

2015年12月15日

DEBEEA

Robert F. Kelly

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153850/20

Vítima: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

CPF: 143.639.734-04

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 02/03/2020

Titular do CPF: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
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

DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA : 143.639.734-04

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: 02/06/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/06/2020
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: 4020-1586 / 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: 32.00/198058 Data da solicitação: 23/06/2020
Nome do beneficiário: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE CPF do beneficiário: 143.639.734
Nome do solicitante: MOIRA CPF do solicitante: 04

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 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

ESTA 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: IDC. IMAGEM. (DESCREVER)

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

Solicito que meu processo seja reavaliado pois sofri
fratura em meu pé esquerdo, fiz todo tratamento médico
e mesmo assim me encontro com sequelas, e não fui
submetido a pericia médica por um médico indicado da
Líder, e foi liberado um valor muito inferior ao que tenho
direito.

SANTA MARIA DO CAMPO/PE 23/06/2020

Local e Data

+ Deivide Pereira da Silva de Moura

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

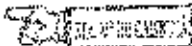
NOME: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC INFORMAR
RG: 10.340.701 SDS/PE e CPF: 143.639.734-04
DATA DO ACIDENTE: 02/03/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA
ENDEREÇO: RUA BELA VISTA, 12, SANTA MARIA DO CAMBUCÁ – CEP: 55765-000

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

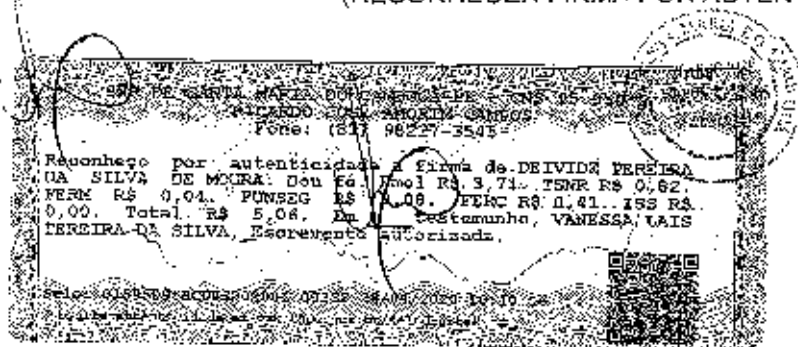
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR 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

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ, 16 DE MARÇO DE 2020

DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA 

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153850/20

Número do Sinistro: 3200198058

Vítima: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

CPF: 143.639.734-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/03/2020

Titular do CPF: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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: 25/06/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos