



09/06/2023

Número: **0050575-72.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/05/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
JOSE CARLOS DA SILVA (AUTOR)	
	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO(A))
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
135330260	09/06/2023 10:45	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

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 ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, 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 JOAO 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 99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 98234-4433</u>

SURUBIM, 10 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data

Adriane M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, 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 JOAO 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 99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 98234-4433</u>

SURUBIM, 10 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data

Adriane M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante





Prefeitura Municipal de Surubim



Ofício nº 82/2019

Surubim, 06 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **José carlos da silva** DN: 08/12/1985, portador do RG nº. 6.984.714 SDS-PE, consta em nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia 24/11/2019 às 18:07 h, vítima de acidente moto x carro. O paciente recebeu os cuidados imediatos no local apresentando corte-contuso profundo em joelho D + escoriações pelo corpo, posteriormente foi encaminhado para UPA- Surubim - PE com o código ID:S-712536.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO	
RECEBI EM:	____/____/____
_____ Recebedor	
DOC:	_____

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ.: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156



Num. 135330260 - Pág. 4



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **José Carlos da Silva**, nascido no 06/12/1985, filho da Sra. **Maria Lúcia da Silva**, residente no sítio Gancho do Galo, zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 25/11/2019 cópia do seu prontuário devido acidente (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. **Gentil Augusto de Miranda** em Surubim - PE, no dia 24/11/2019, pelo médico plantonista Dr. **Mário Júnior**. CRM -23472.

Surubim, 28 de novembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78



Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



BOLETIM DE EMERGÊNCIA		Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00100262
Matrícula: 54799	CNS: 162501404500008	Idade: 33 Anos 11 Meses 18 Dias	Sexo: MASCULINO
Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA		Nascimento: 06/12/1985	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
End.: GANCHO DO GALO	Nº:	Bairro: ZONA RURAL	CEP: 55750000
Idade: SURUBIM		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº:
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA		Pai:	Tel.:
Profissão:		Responsável:	

Últimas Ocorrências:			
Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
24/11/2019	18:26	100262	ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO: Paciente vítima de acidente no local de trabalho - com lesão na mão direita e no pé direito e no joelho direito	TRATAMENTO: - sutura de mão 19:20 - Curatela 19:20 - Plaster de mão 19:20 Dr. Mário Junior Clínico Geral CRM-PB 63472 Brunner
---	---

EXAMES COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	CID:

MOTIVO DA SAÍDA: RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ JUSTIFICATIVA: ENCAMINHADO: REMOVIDO: ÓBITO: às _____ h _____ m do dia _____ DATA SAÍDA: HORA SAÍDA: DATA: 24/11/2019 18:25:41	☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ BÁSICO ☐ RETIRADA DE PONTO ☐ ESP CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA CÓDIGO DO PROCEDIMENTO TÉCNICO / CONSELHO HORÁRIO	TÉCNICO / COREN MÉDICO / CRM HORÁRIO:
--	--	--

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA





Scanned by CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14

Número do documento: 23060910453597100000132188612

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36



**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
SURUBIM**
Compromisso de cuidar das pessoas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 82/2019

Surubim, 06 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **José Carlos da Silva** DN: 08/12/1985, portador do RG nº. 6.984.714 SDS-PE, consta em nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia 24/11/2019 às 18:07 h, vítima de acidente moto x carro. O paciente recebeu os cuidados imediatos no local apresentando corte-contuso profundo em joelho D + escoriações pelo corpo, posteriormente foi encaminhado para UPA- Surubim - PE com o código ID:S-712536.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ.: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156

1. Hora do Chamado: 18:07 h		2. Chegada ao local: 18:10 h		3. Chegada a U. Hospitalar: 19:00 h		4. Saída da U. Hospitalar: 19:50 h	
5. Motivos/Solicitação: Acidente de trânsito							
7. Tipo de equipamento: ☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. Helicóptero ☐ 4. Moto ☐ 5. VIR		6. Data: 29/11/2019					
8. Origem do acionamento:		9. Médico regulador: Interno		10. Rádio Operador: Carlos			
11. Paciente: João Carlos da Silva		12. Solicitante: Manoel					
13. Data de nascimento: 1/1/1986		14. Idade: 33 a		15. Sexo: ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino			
16. Nome da mãe: Marina Soares da Silva							
17. Endereço do paciente: Servidão da Fátima							
18. Endereço: PE-90		19. Nº:		20. Bairro:			
21. Município: Surubim		22. Referência: Em frente a entrada do ibs do 17					
23. Local de ocorrência ☒ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio ☐ 3. Trabalho		24. Ocorrência relacionada ao trabalho ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		25. Tipo de atendimento ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Psiquiátrico ☐ 4. Obstétrico ☐ 5. Pediátrico ☐ 6. Trote ☐ 7. Cancelada/Removido antes ☐ 8. Remoção/Senha: Unidade Solicitante:			
26. Tipo de vítima ☐ 1. Pedestre ☒ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro		28. Mecanismo do trauma ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☒ 4. Impacto Lateral ☐ 5. Impacto traseiro			
29. Natureza do acidente ☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 9. Ignorado ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/d do veículo ☐ 6. Outro							
30. Uso de capacete pela vítima ☒ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado		31. Uso de cinto pela vítima ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado		32. Hábito alcoólico ☐ 1. Sim ☐ 2. Não			
33. Intoxicação ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Exógena ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros		34. Queda ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: m					
35. Agressão ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Suspeita de abuso sexual ☐ 5. Outros		36. Queimadura ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Choque elétrico ☐ 4. OBRN-e					
37. Vias aéreas ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída		38. Respiração ☒ 1. Normal ☐ 2. Traqueia ☐ 3. Bradipneia ☐ 4. Apneia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões		39. Circulação/pulso ☐ 1. Ausente ☒ 2. Presente ☐ 3. Cheio ☐ 4. Fino		40. Perfusão periférica ☐ 1. > 2 Segundos ☒ 2. < 2 Segundos	
41. Saturação O ₂ : 94%							
42. Coloração da pele ☒ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Presença de sangramento		43. Escala de GININATI ☐ 1. Déficit Motor ☐ 2. Desvio de comissura labial ☐ 3. Dificuldade de fala					
44. Neurológico ☒ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão		45. Pupilas ☐ 1. Isotônicas ☐ 2. Miase ☐ 3. Midriase ☐ 4. Anisocoria ☐ 5. Reagente ☐ 6. Não reagente					
46. Alergia ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		47. Usa medicamento ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		48. Alguma patologia ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		49. Oxigêniooterapia ☐ 1. Sim ☒ 2. Não	
50. Abertura ocular ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta Verbal ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)		52. Resposta Motora ☒ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)		53. SSVV HORA: 18:07 PA: 100 x 80 PC: 97 FR: 20 TEMP: 35,7 HGT: 1,72	
54. Conduta: ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha ☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED		55. História clínica atual, evolução e conduta: Última observação realizada em 18:07, paciente consciente, orientado, AAA, hemostase adequada, não apresenta ferimentos evidentes, reflete dor constante compressiva + protrusão de forma irregular.					
56. Observações: correta em PI Serviço Hospitalar de emergência							
57. Unidade de destino: UPA		58. Médico que recebeu: Dr. Manoel Junior					
59. Equipe Médico Assistente: Dr. Rogério Falcão Enfermeiro: Carla Condutor/Piloto: Manoel Responsável pelo preenchimento: Manoel Ass.: Manoel Conselho: Manoel		60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica. Ass: Manoel Data: 29/11/2019 Testemunha: Manoel Data: 29/11/2019					
61. Múltiplas vítimas () Sim () Não Nº de vítimas: 1 Cenário: UPA		62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO: Maca nº 1 Prancha nº 1 ☐ Estab. de cabeça ☐ KED ☐ Colar ☐ Tirantes					



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. José Carlos da Silva, nascido no 06/12/1985, filho da Sra. **Maria Lúcia da Silva**, residente no sítio Gancho do Galo, zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 25/11/2019 cópia do seu prontuário devido acidente (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 24/11/2019, pelo médico plantonista Dr. Mário Júnior. CRM -23472.

Surubim, 28 de novembro de 2019;

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675

BOLETIM DE EMERGÊNCIA		Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00100262
Portuário: 54799	CNS: 162501404500008	Idade: 33 Anos 11 Meses 18 Dias	Sexo: MASCULINO
Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA		Nascimento: 06/12/1985	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
Ind.: GANCHO DO GALO	Nº:	Bairro: ZONA RURAL	CEP: 55750000
Idade: SURUBIM		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº:
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA		Pai:	Tel.:
Profissão:		Responsável:	

Últimas Ocorrências:			
Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
24/11/2019	18:26	100262	ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO: Paciente vítima de acidente motociclístico colisão moto - carro apresenta lesão grave na região do tórax e membros inferiores.	TRATAMENTO: - Sutura de lesão 19:20 - Cateterismo 19:20 - Diálise 19:20 Dr. Mário Junior Clínico Geral CRM PI 23472 Bruno
--	---

EXAMES COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	CID:

MOTIVO DA SAÍDA: RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ JUSTIFICATIVA: ENCAMINHADO: REMOVIDO: ÓBITO: às _____ h _____ m do dia _____	☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
	CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA	MÉDICO / CRM
	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO
		HORÁRIO
DATA SAÍDA:		
HORA SAÍDA:		

DATA: 24/11/2019 18:26:41 RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIA PAULA



ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

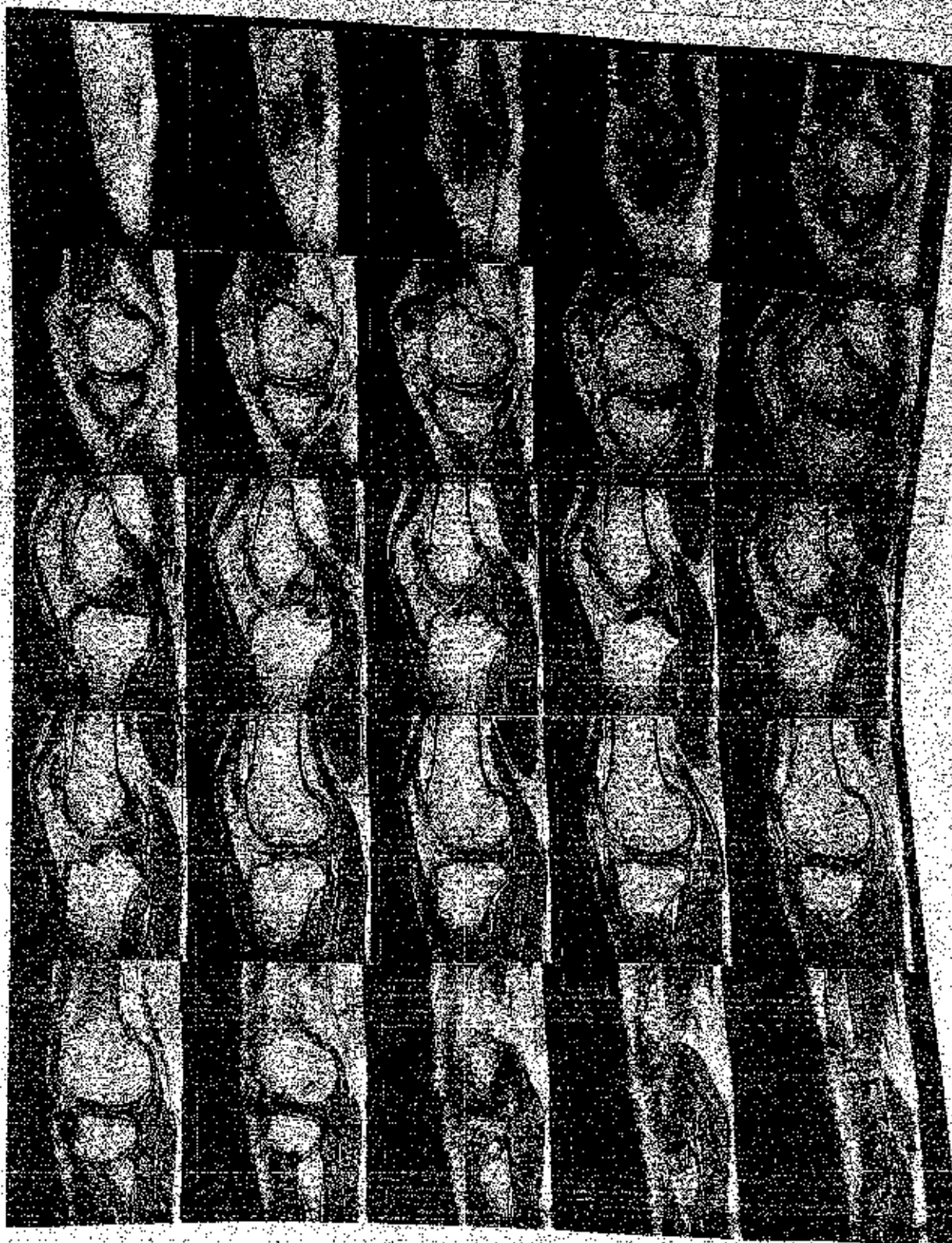
ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

Scanned by CamScanner



CLÍNICA DIOCLECIO COUTINHO



BR-308 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-000 - FONE: (81) 3522-3500 - E-MAIL: dioclecio@clincadioclecio.com.br

Digitalizado com CamScanner



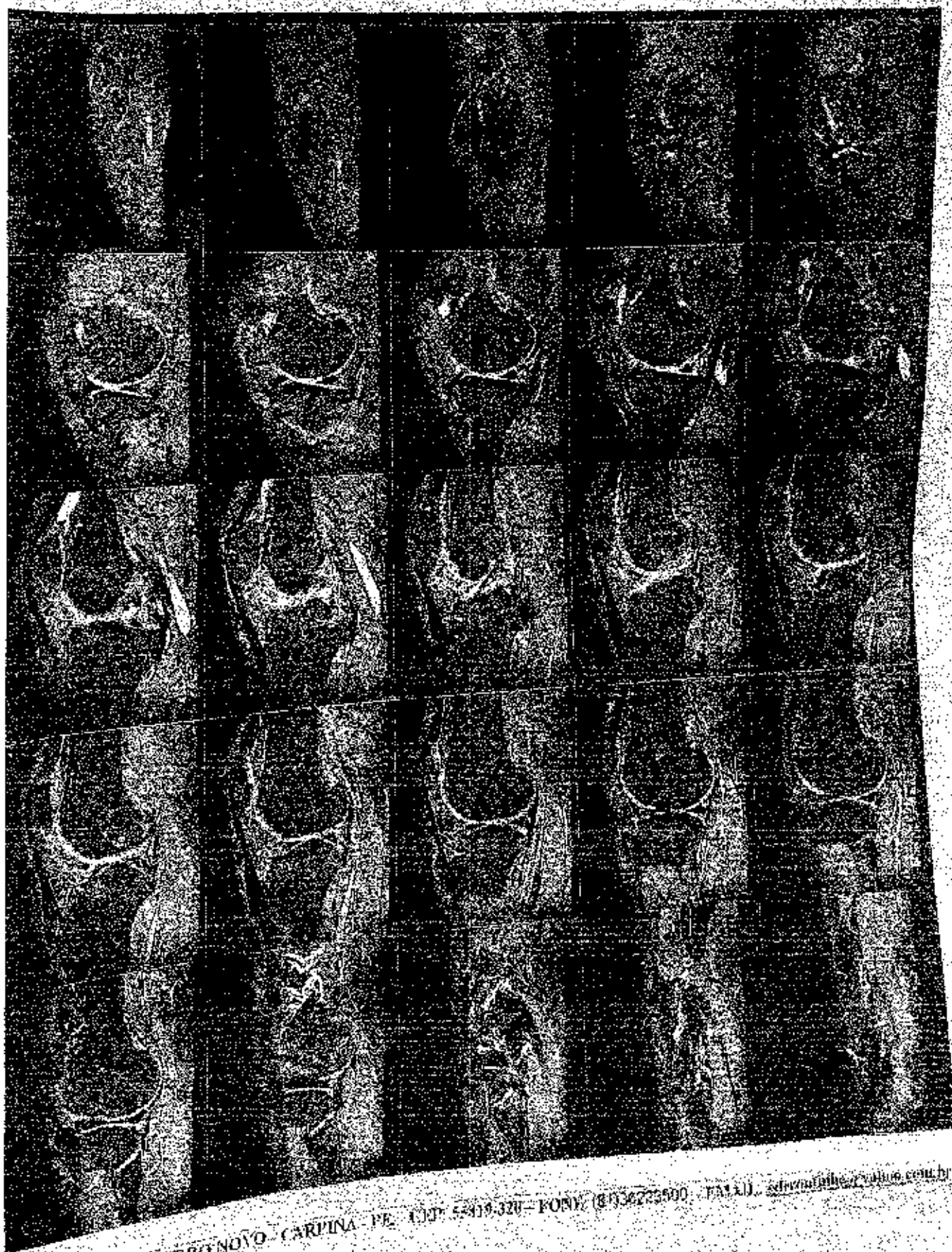
Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14

Número do documento: 23060910453597100000132188612

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



300 - KM 50 - BAIRRO NOVO CARPINA - PE - CEP: 54419-320 - FONE: (81) 34223500 - FAX: (81) 34223500 - www.clinica-dioclacio.com.br

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14

Número do documento: 23060910453597100000132188612

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 59 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - FLEP 48819-320 - INDENT (011) 362.73500 - KATALL gifs20102x2x2010.com

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



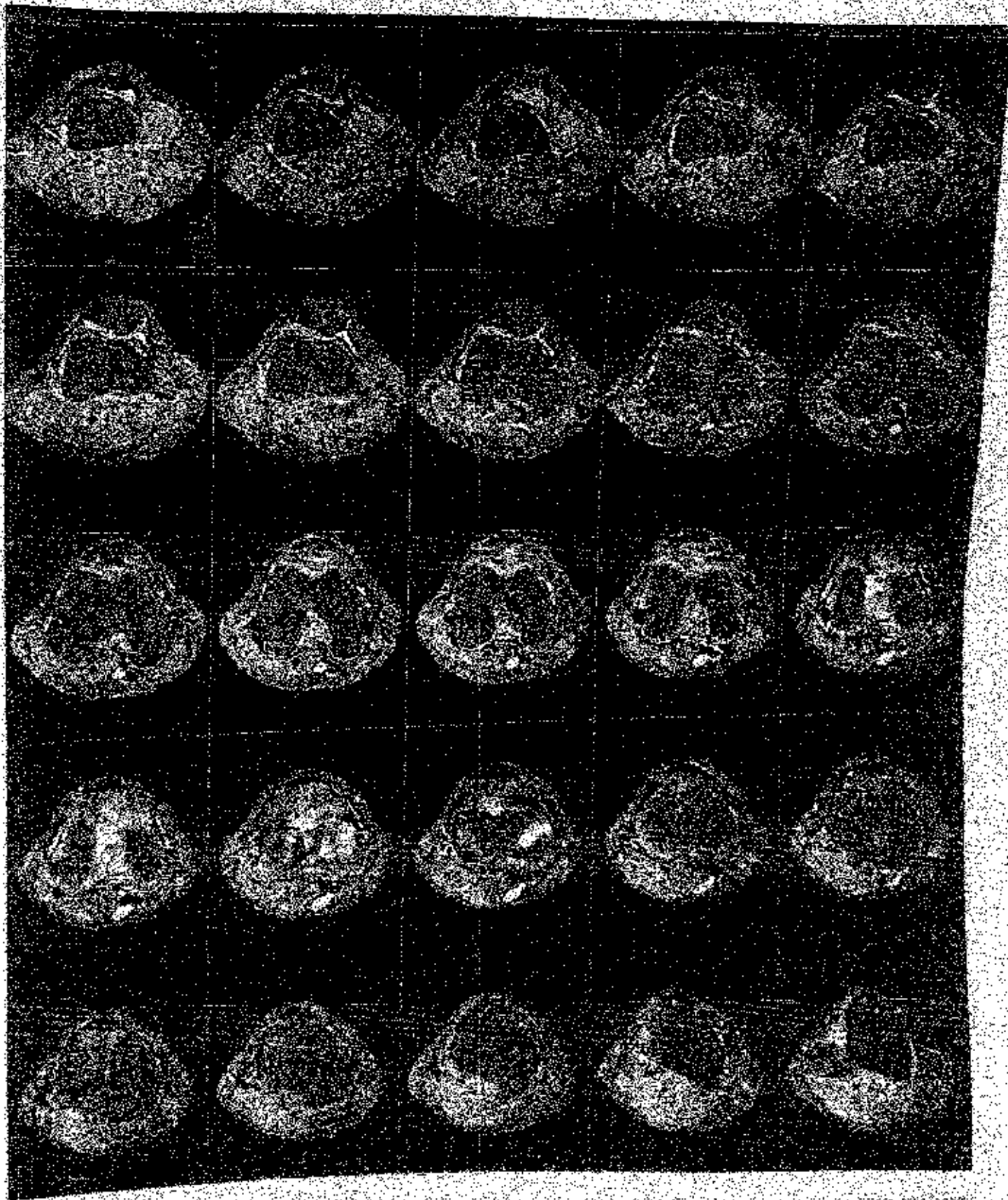
BR-408 - KM 50 - BAURÃO NOVO - CARPINÁ - PE - CEP: 55810-320 - FONE: (81) 36223500 - FAX: (81) 36223500 - clincoutinho@vnet.com.br

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CLINICA DIOCLECIO COUTINHO



HR-309 - RUA SA LUIZIANO MORAIS - BOITAC - PE - CEP: 54215-310 - FONE: (081) 3421-1800 - E-MAIL: clincadioclecio@uol.com.br

7
Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

Prontuário: 01899163

Pedido: 330217

Paciente: JOSE CARLOS DA SILVA

Médico Solicitante: Dr.(a) ANA CAROLINE LOPES

Data do Atendimento: 31/08/2020

Convênio: SUS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Dados clínicos: Investigação de dor após acidente motociclístico há 8 meses.

Técnicas de Exame:

A- Plano sagital, sequência T1

B- Planos axial e sagital, sequência T2, com supressão de gordura

C- Planos coronal e sagital, sequência DP, com supressão de gordura

Os seguintes aspectos foram observados:

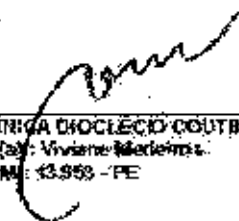
- Redução do espaço fêmoro-tibial medial, associado a afilamento da superfície condral e osteófitos incipientes nas eminências intercondilíneas.
- Traço de hipersinal com orientação vertical no corpo do menisco medial, que atinge as superfícies meniscais, indicando ruptura.
- Discreto hipersinal intra-substancial no corno anterior do menisco lateral, que não ultrapassa as superfícies meniscais nem o bordo livre, indicando alterações degenerativas.
- Indefinição da inserção proximal do ligamento cruzado posterior, associado a hipersinal nas partes moles da fenda articular, sugerindo ruptura ligamentar completa e aguda.
- Também observamos espessamento e hipersinal na inserção proximal do ligamento colateral medial, com preservação da integridade de suas fibras, sugerindo injúria parcial / estiramento.
- O ligamento cruzado anterior, bem como o colateral lateral encontram-se íntegros.
- O tendão do quadríceps e o ligamento patelar apresentam aspecto preservado.
- A patela ocupa posição alta em relação a fossa troclear. Observa-se afilamento, irregularidade de contornos e discreta alteração de sinal na cartilagem que reveste a faceta medial da patela, sugerindo condropatia leve.
- Pequena quantidade de líquido coletado na bursa suprapatear.
- Não há evidência de lesões ósseas agressivas.

SIEMENS
Healthcare

BR 408 - Km 50 - Bairro Novo - Carpina - PE
E-mail: cdrcoutinho@yahoo.com.br - CEP 55619-320
www.clinicadiocleociocoutinho.com.br
☎ (31) 3622.3500

- Grupos musculares da face posterior do joelho com trofismo habitual para a faixa etária.

Evidenciamos entre a cabeça medial do gastrocnêmio e o tendão do semimembranoso coleção líquida alongada, com finas septações parciais, apresentando diâmetro oblíquo máximo, medindo 6,2 cm, relacionada a cisto poplíteo.


CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO
Dr. (a): Viviane Maciel
CRM: 13.953 - PE

SIEMENS
EQUIPAMENTOS

BR 408 - Km 50 - Bairro Novo - Carpina - PE
E-mail: cdrcoutinho@yahoo.com.br - CEP 55819-320
www.clinicadiocleociocoutinho.com.br
☎ (81) 3622.3500





**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
SURUBIM**
Compromisso de cuidar das pessoas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 82/2019

Surubim, 06 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **José Carlos da Silva** DN: 08/12/1985, portador do RG nº. 6.984.714 SDS-PE, consta em nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia 24/11/2019 às 18:07 h, vítima de acidente moto x carro. O paciente recebeu os cuidados imediatos no local apresentando corte-contuso profundo em joelho D + escoriações pelo corpo, posteriormente foi encaminhado para UPA- Surubim - PE com o código ID:S-712536.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ.: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156

1. Hora do Chamado: 18/07 h		2. Chegada ao local: 18/07 h		3. Chegada a U. Hospitalar: 19/00 h		4. Saída da U. Hospitalar: 19/50 h													
5. Motivos/Solicitação: Acidente de trânsito																			
7. Tipo de equipamento: ☐ 1. USA ☐ 2. USB ☐ 3. Helicóptero				6. Data: 29/11/2019															
8. Origem do acionamento: ☐ 4. Moto ☐ 5. VIR				9. Médico regulador: ☐ 10. Rádio Operador: Carlos															
11. Paciente: Sr. Carlos do Nascimento		12. Solicitante: ☐ 1. Masculino ☐ 2. Feminino		13. Data de nascimento: / /		14. Idade: 33 anos													
15. Nome da mãe: Maria da Conceição		16. Sexo: ☐ 1. Masculino ☐ 2. Feminino		17. Endereço do paciente: Rua...		18. Endereço: PE-90													
19. Nº: 20. Bairro:		21. Município: Surubim		22. Referência: Em frente a entrada do ibs do 1º		23. Local de ocorrência: ☐ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio ☐ 3. Trabalho													
24. Ocorrência relacionada ao trabalho: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		25. Tipo de atendimento: ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Psiquiátrico ☐ 4. Obstétrico ☐ 5. Pediátrico ☐ 6. Trote		26. Tipo de vítima: ☐ 1. Pedestre ☒ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima: ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro													
28. Mecanismo do trauma: ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☒ 4. Impacto Lateral ☐ 5. Impacto traseiro		29. Natureza do acidente: ☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/d do veículo ☐ 6. Queda ☐ 7. Canceleda/Removido antes		30. Uso de capacete pela vítima: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado		31. Uso de cinto pela vítima: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado													
32. Hábito alcoólico: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		33. Intoxicação: ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Exógena ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros		34. Queda: ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: m		35. Agressão: ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Suspeita de abuso sexual ☐ 5. Outros													
36. Queimadura: ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Choque elétrico ☐ 4. OBRN-e		37. Vias aéreas: ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída		38. Respiração: ☒ 1. Normal ☐ 2. Traqueia ☐ 3. Bradipneia ☐ 4. Apneia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões		39. Circulação/pulso: ☐ 1. Ausente ☒ 2. Presente ☐ 3. Cheio ☐ 4. Fino													
40. Perfusão periférica: ☐ 1. > 2 Segundos ☒ 2. < 2 Segundos		41. Saturação O ₂ : 94%		42. Coloração da pele: ☒ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Presença de sangramento		43. Escala de GCS: ☐ 1. Déficit Motor ☐ 2. Desvio de comissura labial ☐ 3. Dificuldade de fala													
44. Neurológico: ☒ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão		45. Pupilas: ☐ 1. Isocóricas ☐ 2. Miose ☐ 3. Midriase ☐ 4. Anisocóricas ☐ 5. Reagente ☐ 6. Não reagente		46. Alergia: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		47. Usa medicamento: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não													
48. Alguma patologia: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		49. Oxigenioterapia: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		50. Abertura ocular: ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta Verbal: ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)													
52. Resposta Motora: ☒ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)		53. SSVV: <table border="1"><tr><td>HORA</td><td></td></tr><tr><td>PA</td><td>150 x 80</td></tr><tr><td>PC</td><td>23</td></tr><tr><td>FR</td><td>20</td></tr><tr><td>TEMP</td><td>35,7</td></tr><tr><td>HGT</td><td>1,7</td></tr></table>		HORA		PA	150 x 80	PC	23	FR	20	TEMP	35,7	HGT	1,7	54. Conduta: ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha ☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED		55. História clínica atual, evolução e conduta: Vítima consciente, orientada, AAA, hemostase adequada, não há contusão ou ferimento (D) reflete dor constante compressão + protuberância de forma irregular	
HORA																			
PA	150 x 80																		
PC	23																		
FR	20																		
TEMP	35,7																		
HGT	1,7																		
56. Observações: Correta enc. p/ Serviço Hospitalar de Emergência		57. Unidade de destino: UPA		58. Médico que recebeu: Dr. Marcos Junior		59. Equipe: Médico Assistente: Dr. Rogério Falcão Enfermeiro: Ass: Conselho: Destino: UPA													
60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica. Ass: Data: / / RG: Data: / /		61. Múltiplas vítimas () Sim () Não		62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO: Maca nº Prancha nº ☐ Estab. de cabeça ☐ KED ☐ Colar ☐ Tirantes		63. Nº de vítimas: Cenário:													



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. José Carlos da Silva, nascido no 06/12/1985, filho da Sra. **Maria Lúcia da Silva**, residente no sítio Gancho do Galo, zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 25/11/2019 cópia do seu prontuário devido acidente (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 24/11/2019, pelo médico plantonista Dr. Mário Júnior. CRM -23472.

Surubim, 28 de novembro de 2019;

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675

BOLETIM DE EMERGÊNCIA		Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00100262
Portuário: 54799	CNS: 162501404500008	Idade: 33 Anos 11 Meses 18 Dias	Sexo: MASCULINO
Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA		Nascimento: 06/12/1985	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
Ind.: GANCHO DO GALO	Nº:	Bairro: ZONA RURAL	CEP: 55750000
Idade: SURUBIM		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº:
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA		Pal:	Tel.:
Profissão:		Responsável:	

Últimas Ocorrências:			
Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
24/11/2019	18:26	100262	ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO: Paciente vítima de acidente motociclístico colisão moto - carro apresenta lesão grave na região do tórax e membros inferiores.	TRATAMENTO: - Sutura na lesão 19:20 - Colheitas 1º 2º 3º 19:20 - Di. Perna 2º 19:20 Dr. Mário Junior Clínico Geral CRM PI 23472 Bruno
--	---

EXAMES COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	CID:

MOTIVO DA SAÍDA: RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ JUSTIFICATIVA: ENCAMINHADO: REMOVIDO: ÓBITO: às _____ h _____ m do dia _____	☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
	CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA	MÉDICO / CRM
	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO
		HORÁRIO
DATA SAÍDA:		
HORA SAÍDA:		

DATA: 24/11/2019 18:26:41 RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIA PAULA



ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

Scanned by CamScanner







ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:22

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:22



ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:22

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:22



ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA MARIA NOGUEIRA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIFICAÇÃO: 4810389 SSP PE

CPF: 945.234.466-04 DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

PLACAO: JOSE GOMES DE NOUGA

LEWANTE FERRIRA DE NOUGA

PERMISSAO: ☒ VALIDAR ☐ CANCELAR

Nº REGISTRO: 03378605879 DATA: 08/04/2022 1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2002

ASSINATURAS

Adriana M. Nogueira de A. Fernandes

LOCAL: BONFIM - PE DATA EMISSÃO: 10/04/2017

[Assinatura]

33846755055
03378605879

PERNAMBUCO

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01



ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA MARIA NOGUEIRA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIFICAÇÃO: 4810389 SSP PE
CPF: 945.234.466-04 DATA NASCIMENTO: 26/07/1974
FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE NOUEIRA
LEONARTE FERRERIA DE NOUEIRA

PERMISSÃO: ☒ VALIDADA ☐ NÃO VALIDADA
Nº REGISTRO: 03378605879 DATA: 08/04/2022 1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2002

ASSINATURAS

Adriana M. Nogueira de A. Fernandes

LOCAL: JOURNAL - PE DATA EMISSÃO: 10/04/2017

[Assinatura]
Tribuna Adm. e Econ. Cl. e Econ.
Univ. Pernambuco
Secretaria de Segurança Pública

33846755055
PEUT8645275

PERNAMBUCO

1421884961

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01





...Informações sobre o veículo

Placa: PDN-2313

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC1680FR576992

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2015

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações



...Informações sobre o veículo

Placa: PDN-2313

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC1680FR576992

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2015

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações



...Informações sobre o veículo

Placa: PDN-2313

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC1680FR576992

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2015

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200399424
Nome do(a) Examinado(a): JOSE CARLOS DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): VI DOS LUIZ, 160, , Surubim/PE
Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 6984714
Data e local do acidente: 24/11/2019 - Surubim/PE
Data e local do exame: 19/11/2020 - Caruaru/PE
Coordenadas Geográficas: latitude: -8.27885 , longitude: -35.96984

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Contusão do joelho direito com ruptura do menisco medial e lateral e do ligamento cruzado posterior, lesão do ligamento colateral medial e condropatia patelar

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

tratamento conservador

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Dano do joelho direito

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).



b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Direito - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Andressa R. Malveira
Andressa R. Malveira
CRM-149253



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076367/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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: 02/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102970/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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: 25/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

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

Número do pedido DPVAT: 3200131072

Data da solicitação: 04/11/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF do beneficiário: 017.969.664

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 52

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 997001998

DDD

Tel. Comercial: ()

DDD

Tel. Residencial: ()

DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe quais documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo de IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: DOC MED. COMPLEMENTAR + DOC IMAGEM

(DESCREVER)

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

SURUBIM, 04/11/2020

Local e Data

José Carlos da Silva

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:

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



Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Data da solicitação: 14/12/2020
00/MN/AA
CPF do beneficiário: 017.969.664
CPF do solicitante: 52

DADOS PARA CONTATO

Tel. Residencial: () 880

Exemplar: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DADS (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?

■ NĂO

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

Novos documentos médicos

 Lundberg & Lutz

Boletim de Ocorrência

 Notas fiscais complementares

Clutch:

(055575475)

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

Solicito que seja homologado o meu processo pelo
acordo de encontro com algumas granelas e por
liberados um valor muito inferior ao que tenho
direito, me encontro com limitações em meu
fólio.

Grubis, 14/12/2020

Local's Only

Assinatura do solicitante ou de quem assina

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

IMPORTANTE:

Deixar de preencher todos os dados, imprimir e fornecer, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação: sobre beneficiários, vítima não alfabetizada.

O não atendimento deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a ver o que)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão do joelho direito com ruptura do menisco medial e lateral e do ligamento cruzado posterior, lesão do ligamento colateral medial e condropatia patelar.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador. Alta médica.

Sequelas permanentes: Debilidade funcional moderada do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2020

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

DANOS

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão do joelho direito com ruptura do menisco medial e lateral e do ligamento cruzado posterior, lesão do ligamento colateral medial e condropatia patelar.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, ausência de atrofas no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador. Alta médica.

Sequelas permanentes: Debilidade funcional moderada do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2020

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200131072

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 06, 07, 08, 09, 11 E 12.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: PÁGINAS 06, 07, 08, 09, 11 E 12.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO, COM RUPTURA DO MENISCO MEDIAL E DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO, COM RUPTURA DO MENISCO MEDIAL E DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200095738

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,4,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200095738

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,4,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200131072

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 6.984.714 SDS/PE – CPF: 017.969.664-52
DATA DO ACIDENTE: 24/11/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE CARLOS DA SILVA
ENDEREÇO: VI DOS LUIZ, Nº 160, GANCHO DO GALO, SURUBIM – 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.



2º TABELONATO DE NOTAS DE RUA
TITULAR: CECILIA MARIA SILVA DE LIMA
Tela 2 de 181 25341-413

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de JORGE CALZOS
DA RUA - Dos 16, Surubim, 10/12/2019 Em Testemunho
da verdade. Elizabeth Lira de
Andrade Cadena substituta *VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE
AUTENTICIDADE* Rua Sete de Setembro, nº 10 - Capangueiras

Sello: 0073214-07F11201901-02130 10/12/2019 09:36:02
consulte autenticidade en www.tiempo.org.ve/verificacion/notas

CASINHAS- PE 06 DE DEZEMBRO 2019



Jeri Carbido

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 6.984.714 SDS/PE – CPF: 017.969.664-52
DATA DO ACIDENTE: 24/11/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE CARLOS DA SILVA
ENDEREÇO: VI DOS LUIZ, Nº 160, GANCHO DO GALO, SURUBIM – 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 RECEBERÁ ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.



2º TABELIONATO DE NOTAS DE SURUBIM PE
TITULAR: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
Telefone (81) 34241-413

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma (n) de: JOSE CARLOS DA SILVA, Opc. 1, em Surubim, 10/12/2019. Em Testemunho, Elizabete Lira de Andrade, Caderno Substituta, VALIDADO POR COM Selo DE AUTENTICIDADE. Rua Sete de Setembro, nº 10 - Centro, Surubim - PE.
Selo: 0073214.01711201901.02130 10/12/2019 09:36:02
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/validar/autenticidade

CASINHAS- PE 06 DE DEZEMBRO 2019



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317133/20

Número do Sinistro: 3200399424

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro
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: 14/12/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317133/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 06/11/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 06/11/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076367/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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: 02/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:15
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102970/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 25/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 25/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:15
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36



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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200095738 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15569180

Pag. 01793/01794 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200095738 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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

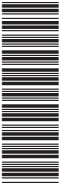
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 24/11/2019, emitida pelo Dr. MARIO JUNIOR, CRM nº 23472 - PE, da Instituição FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00453/00454 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15589711





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

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200131072 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

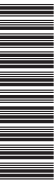
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15670390

Pag. 00169/00170 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200131072 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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. A documentação médica anexada, datada de 24/11/2019, emitida pelo Dr. MARIO JUNIOR, CRM nº 23472 - PE, da Instituição UPA 24 DR.GENTIL AUGUSTO MIRANDA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00643/00644 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15688475





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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200399424 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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

Pag. 01143/01144 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 16319426





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

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200399424 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE CARLOS DA SILVA
Valor: R\$ 1.687,50
Banco: 001
Agência: 000000582-7
Conta: 0000031948-1
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.

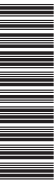
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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

Pag. 01537/01538 - carta_15R - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200399424 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

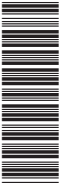
Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/01/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01325/01326 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 16501042



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: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI. DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99700-1998

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: ☒ RECLUSO INFORMAR: ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (fontes para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 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, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 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 (no Civil) ☐ 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 (filho nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

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: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI. DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-99700-1998

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\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1

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 de 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, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 (ho Civil) ☐ 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 (vir nascer)? ☐ 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI. DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99700-1998

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\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31948 1

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 de 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, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 (ho Civil) ☐ 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 (vir nascer)? ☐ 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206002901**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA DO CHORO, PRÓXIMO A ENTRADA DE CHÃ DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA** Pai: **JOSÉ CIPRIANO DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **8/12/1985** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6984714/SDS/PE (RG), 01796966452 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **81998611034**

Residencial: **SÍTIO GANCHO DO GALO, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO**

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PDN2313 (PERNAMBUCO/SURUBIM)** Chassi: **9C2KC1680FR576692**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**



VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ CARLOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 24/11/2019, POR VOLTA DAS 17:40 HORAS, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO/MOD 2015/2015, PLACA PDN-2313, NO SENTIDO SURUBIM/VERTENTES, NA RODOVIA PE 90, SÍTIO LAGOA DO CHORO, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO O VEÍCULO LOTAÇÃO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, FEZ UM CONVERSÃO ATRAVESSANDO A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO TOYOTA, QUE FOI EMBORA DO LOCAL ENQUANTO O MESMO LESIONADO NO JOELHO DIREITO, FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CÓDIGO ID: S-712536 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGECIA N° 00100262 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA
(VITIMA) *Jose Carlos da Silva*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

JRS
JOSE ROBERTO DA SILVA
Comissário de Polícia
Mat.: 119.534-4





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206002901

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA DO CHORO, PRÓXIMO A ENTRADA DE CHÁ DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE CARLOS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOSE CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Pai: JOSE CIPRIANO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: **8/12/1985** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6984714/SDS/PE (RG), 01796966452 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81998611034**

Residencial: **SÍTIO GANCHO DO GALO, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO**

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

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PDN2313** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Chassi: **9C2KC1680FR576692**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**



VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ CARLOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 24/11/2019, POR VOLTA DAS 17:40 HORAS, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO/MOD 2015/2015, PLACA PDN-2313, NO SENTIDO SURUBIM/VERTENTES, NA RODOVIA PE 90, SÍTIO LAGOA DO CHORÓ, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO O VEÍCULO LOTAÇÃO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, FEZ UM CONVERSÃO ATRAVESSANDO A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO TOYOTA, QUE FOI EMBORA DO LOCAL ENQUANTO O MESMO LESIONADO NO JOELHO DIREITO, FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CÓDIGO ID: S-712536 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGENCIA Nº 00100262 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA
(VITIMA) *José Carlos da Silva*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

José Roberto da Silva
JOSÉ ROBERTO DA SILVA
Comissário de Polícia
Mat: 119.534-4





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206002901

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA DO CHORO, PRÓXIMO A ENTRADA DE CHÁ DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE CARLOS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSE CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Pai: JOSE CIPRIANO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: **8/12/1985** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6984714/SDS/PE (RG), 01796966452 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81998611034**

Residencial: **SÍTIO GANCHO DO GALO, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO**

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

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PDN2313 (PERNAMBUCO/SURUBIM)** Chassi: **9C2KC1680FR576692**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**



VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ CARLOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 24/11/2019, POR VOLTA DAS 17:40 HORAS, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO/MOD 2015/2015, PLACA PDN-2313, NO SENTIDO SURUBIM/VERTENTES, NA RODOVIA PE 90, SÍTIO LAGOA DO CHORÓ, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO O VEÍCULO LOTAÇÃO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, FEZ UM CONVERSÃO ATRAVESSANDO A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO TOYOTA, QUE FOI EMBORA DO LOCAL ENQUANTO O MESMO LESIONADO NO JOELHO DIREITO, FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CÓDIGO ID: S-712536 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGENCIA Nº 00100262 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA
(VITIMA) *José Carlos da Silva*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

José Roberto da Silva
JOSÉ ROBERTO DA SILVA
Comissário de Polícia
Mat: 119.534-4



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: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI. DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99700-1998

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: ☒ RECLUSO INFORMAR: ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (fontes para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 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, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 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 (no Civil) ☐ 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 (filho nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

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: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CHANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-99700.1998

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), 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, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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 (no Civil) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CHANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-99700-1998

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), 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, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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 Civil) ☐ 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 (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 **AGÊNCIA:** 1234 **CONTA:** 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/11/2020
NUMERO DO DOCUMENTO: 320039942401
VALOR TOTAL: 1.687,50

TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSE CARLOS DA SILVA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 00582
CONTA: 000000031948

Número da Autenticação
291CD56EDFEFC79A





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Comparto Energético de Permianium
Av. João Sá Barros, 111, Rua Vista, Recife - PE. CEP 50090-402
CNPJ 10.838.212/0001-09 | Insc. Est. 0006945-01 | www.iulya.com.br

DADOS DO CLIENTE
RUEFF, CARLOS EDUARDO DA SILVA

8500 CAGLE RD. #A CHESAPE, VA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
C/POSSUIR: 199

© 2005 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 258: 111–118

DATE HI 02/04/2008 09:00:00
SUB: RUMPE
4875-1-000

CLASSIFICAÇÃO
BOMBA D'ÁGUA COM MS

BAZILIA MENSA COM MES.

INSTRUMENT NUMBER	NAME	DATE
333534780	LNCA	2011/01/10
333534780	LNCA	2011/01/10
333534780	LNCA	2011/01/10

7002744141	11/2019
03/12/2019	27/12/2019
	105,52

REGIÃO DA BOTA NEGA

	GRANDE	PRÉCO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água em 30 dias	30,00000000	0,38947343	1,17
Consumo Água Sanepla em 30 dias 100 L/dia	70,30000000	0,44060254	31,48
Consumo Sanepla em 100 dias 220 L/dia	53,00000000	0,57493911	30,47
Acidentes Sanepla - AMARELA			0,38
Acidentes Sanepla - INDETERMINADO			0,30
Contrib. Sane. Pública Municipal			22,33

TOTAL DISPATCHEES

THE

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROTA FISCAL

Nº DO MEDICION	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	SOMANDO SEM
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
	C-17					30	1,00000		197,80

Source: *Journal of the American Statistical Association*, 92(439), 1039-1052.

APORTE DE EMPRESAS		APORTE DE TRIBUTOS		Distribuição de fomento	
ANO	VALOR	ANO	VALOR	ANO	VALOR
2011	152	2011	152	2011	152
2012	150	2012	150	2012	150
2013	150	2013	150	2013	150
2014	150	2014	150	2014	150
2015	150	2015	150	2015	150
2016	150	2016	150	2016	150
2017	150	2017	150	2017	150
2018	150	2018	150	2018	150
2019	150	2019	150	2019	150
2020	150	2020	150	2020	150
2021	150	2021	150	2021	150
2022	150	2022	150	2022	150
2023	150	2023	150	2023	150
2024	150	2024	150	2024	150
2025	150	2025	150	2025	150
2026	150	2026	150	2026	150
2027	150	2027	150	2027	150
2028	150	2028	150	2028	150
2029	150	2029	150	2029	150
2030	150	2030	150	2030	150
2031	150	2031	150	2031	150
2032	150	2032	150	2032	150
2033	150	2033	150	2033	150
2034	150	2034	150	2034	150
2035	150	2035	150	2035	150
2036	150	2036	150	2036	150
2037	150	2037	150	2037	150
2038	150	2038	150	2038	150
2039	150	2039	150	2039	150
2040	150	2040	150	2040	150
2041	150	2041	150	2041	150
2042	150	2042	150	2042	150
2043	150	2043	150	2043	150
2044	150	2044	150	2044	150
2045	150	2045	150	2045	150
2046	150	2046	150	2046	150
2047	150	2047	150	2047	150
2048	150	2048	150	2048	150
2049	150	2049	150	2049	150
2050	150	2050	150	2050	150
2051	150	2051	150	2051	150
2052	150	2052	150	2052	150
2053	150	2053	150	2053	150
2054	150	2054	150	2054	150
2055	150	2055	150	2055	150
2056	150	2056	150	2056	150
2057	150	2057	150	2057	150
2058	150	2058	150	2058	150
2059	150	2059	150	2059	150
2060	150	2060	150	2060	150
2061	150	2061	150	2061	150
2062	150	2062	150	2062	150
2063	150	2063	150	2063	150
2064	150	2064	150	2064	150
2065	150	2065	150	2065	150
2066	150	2066	150	2066	150
2067	150	2067	150	2067	150
2068	150	2068	150	2068	150
2069	150	2069	150	2069	150
2070	150	2070	150	2070	150
2071	150	2071	150	2071	150
2072	150	2072	150	2072	150
2073	150	2073	150	2073	150
2074	150	2074	150	2074	150
2075	150	2075	150	2075	150
2076	150	2076	150	2076	150
2077	150	2077	150	2077	150
2078	150	2078	150	2078	150
2079	150	2079	150	2079	150
2080	150	2080	150	2080	150
2081	150	2081	150	2081	150
2082	150	2082	150	2082	150
2083	150	2083	150	2083	150
2084	150	2084	150	2084	150
2085	150	2085	150	2085	150
2086	150	2086	150	2086	150
2087	150	2087	150	2087	150
2088	150	2088	150	2088	150
2089	150	2089	150	2089	150
2090	150	2090	150	2090	150
2091	150	2091	150	2091	150
2092	150	2092	150	2092	150
2093	150	2093	150	2093	150
2094	150	2094	150	2094	150
2095	150	2095	150	2095	150
2096	150	2096	150	2096	150
2097	150	2097	150	2097	150
2098	150	2098	150	2098	150
2099	150	2099	150	2099	150
2100	150	2100	150	2100	150
2101	150	2101	150	2101	150
2102	150	2102	150	2102	150
2103	150	2103	150	2103	150
2104	150	2104	150	2104	150
2105	150	2105	150	2105	150
2106	150	2106	150	2106	150
2107	150	2107	150	2107	150
2108	150	2108	150	2108	150
2109	150	2109	150	2109	150
2110	150	2110	150	2110	150
2111	150	2111	150	2111	150
2112	150	2112	150	2112	150
2113	150	2113	150	2113	150
2114	150	2114	150	2114	150
2115	150	2115	150	2115	150
2116	150	2116	150	2116	150
2117	150	2117	150	2117	150
2118	150	2118	150	2118	150
2119	150	2119	150	2119	150
2120	150	2120	150	2120	150
2121	150	2121	150	2121	150
2122	150	2122	150	2122	150
2123	150	2123	150	2123	150
2124	150	2124	150	2124	150
2125	150	2125	150	2125	150
2126	150	2126	150	2126	150
2127	150	2127	150	2127	150
2128	150	2128	150	2128	150
2129	150	2129	150	2129	150
2130	150	2130	150	2130	150
2131	150	2131	150	2131	150
2132	150	2132	150	2132	150
2133	150	2133	150	2133	150
2134	150	2134	150	2134	150
2135	150	2135	150	2135	150
2136	150	2136	150	2136	150
2137	150	2137	150	2137	150
2138	150	2138	150	2138	150
2139	150	2139	150	2139	150
2140	150	2140	150	2140	150
2141	150	2141	150	2141	150
2142	150	2142	150	2142	150
2143	150	2143	150	2143	150
2144	150	2144	150	2144	150
2145	150	2145	150	2145	150
2146	150	2146	150	2146	150
2147	150	2147	150	2147	150
2148	150	2148	150	2148	150
2149	150	2149	150	2149	150
2150	150	2150	150	2150	150
2151	150	2151	150	2151	150
2152	150	2152	150	2152	150
2153	150	2153	150	2153	150
2154	150	2154	150	2154	150
2155	150	2155	150	2155	150
2156	150	2156	150	2156	150
2157	150	2157	150	2157	150
2158	150	2158	150	2158	150
2159	150	2159	150	2159	150
2160	150	2160	150	2160	150
2161	150	2161	150	2161	150
2162	150	2162	150	2162	150
2163	150	2163	150	2163	150
2164	150	2164	150	2164	150
2165	150	2165	150	2165	150
2166	150	2166	150	2166	150
2167	150	2167	150	2167	150
2168	150	2168	150	2168	150
2169	150	2169	150	2169	150
2170	150	2170	150	2170	150
2171	150	2171	150	2171	150
2172	150	2172	150	2172	150
2173	150	2173	150	2173	150
2174	150	2174	150	2174	150
2175	150	2175	150	2175	150
2176	150	2176	150	2176	150
2177	150	2177	150	2177	150
2178	150	2178	150	2178	150
2179	150	2179	150	2179	150
2180	150	2180	150	2180	150
2181	150	2181	150	2181	150
2182	150	2182	150	2182	150
2183	150	2183	150	2183	150
2184	150	2184	150	2184	150
2185	150	2185	150	2185	150
2186	150	2186	150	2186	150
2187	150	2187	150	2187	150
2188	150	2188	150	2188	150
2189	150	2189	150	2189	150
2190	150	2190	150	2190	150
2191	150	2191	150	2191	150
2192	150	2192	150	2192	150
2193	150	2193	150	2193	150
2194	150	2194	150	2194	150
2195	150	2195	150	2195	150
2196	150	2196	150	2196	150
2197	150	2197	150	2197	150
2198	150	2198	150	2198	150
2199	150	2199	150	2199	150
2200	150	2200	150	2200	150
2201	150	2201	150	2201	150
2202	150	2202	150	2202	150
2203	150	2203	150	2203	150
2204	150	2204	150	2204	150
2205	150	2205	150	2205	150
2206	150	2206	150	2206	150
2207	150	2207	150	2207	150
2208	150	2208	150	2208	150
2209	150	2209	150	2209	150
2210	150	2210	150	2210	150
2211	150	2211	150	2211	150
2212	150	2212	150	2212	150
2213	150	2213	150	2213	150
2214	150	2214	150	2214	150
2215	150	2215	150	2215	150
2216	150	2216	150	2216	150
2217	150	2217	150	2217	150
2218	150	2218	150	2218	150
2219	150	2219	150	2219	150
2220	150	2220	150	2220	150
2221	150	2221	150	2221	150
2222	150	2222	150	2222	150
2223	150	2223	150	2223	150
2224	150	2224	150	2224	150
2225	150	2225	150	2225	150
2226	150	2226	150	2226	150
2227	150	2227	150	2227	150
2228	150	2228	150	2228	150
2229	150	2229	150	2229	150
2230	150	2230	150	2230	150
2231	150	2231	150	2231	150
2232	150	2232	150	2232	150
2233	150	2233	150	2233	150
2234	150	2234			

Author's address: **Yasser H. Alkhatib**, yasser@cs.cmu.edu

[illegible]

INFORMATION REPORTAGE

Copyright © 2012 John Wiley & Sons, Ltd. *J. Clin. Neurophysiol.* 33: 1–10, 2012. DOI: 10.1002/jcne.22001

[illegible][illegible]



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50000-002
CNPJ 10.820.562/0001-09 | Ins. Est. 0005943-82 | www.cenpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

INTEGRITÀ DA LINEARE CONSUMO

ALVARO MARIA MORA DE A. FERNANDES

PLA-2000 BA-15TA-370

CPF 945.234 844-04

CENTRE FOR POLICY RESEARCH

CLASSIFICATION

EXCLUSIONS

RESEARCH

WORLD CHAMPIONS

Downloaded from <http://ajphaphapublications.sagepub.com> at 11:22 11 July 2015

STUDY AREA

705/44666

DOI 10.1002/for

2002

APR 20 1992	W 10 30 AM	CH 1000
-------------	------------	---------

14/03/2020

DT/01/2009	25/11/2009	27/11/2009
------------	------------	------------

100

83.80

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-Rec(VAL) TUSD	00,0000000	0,4358182	43,58
Consumo-Rec(VAL) TE	00,0000000	0,3587500	35,87
Adic(cons) Bandeira AAA/RELA			30,51
Contrib. Sim. Publica Municipal			1,00
ICMS Subversão-CDE-AF 075728927-07/10/18			3,40
			0,70
TOTAL DO LANCAMENTO			

TOTAL DA FATURA

1360

DEMONSTRATIVO DE CONTINÚO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO VEÍCULO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE SINAIS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (km)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
22014	1-2	08-11-2018	26.457,32	07-04-2020	26.526,00	28	1.200,00		90,00

INTRODUCTION AND CONCLUSIONS

Keywords: social support; coping strategies; self-esteem

PERÍODO		BASE DE CÁLCULO		%	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DE DÉBITOS	
JAN/20	99					Serviços de Energia	R\$ 26,62 22,67%
FEV/20	114					Transmissão	R\$ 0,06 0,06%
MAR/20	103					Distribuição (Cabo)	R\$ 17,27 16,82%
ABR/20	106					Perdas de Energia	R\$ 6,67 6,07%
MAY/20	108					Recarga Semelhante	R\$ 4,00 3,74%
JUN/20	91					Distribuição	R\$ 23,31 26,22%
JUL/20	112					Serviço	R\$ 76,60 66,90%

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

4403 B/E3 AHS 2075 SEC 1 2008 0000 0000

THESE RESULTS INDICATE THAT

Il presente articolo non rappresenta in alcun modo un'offerta o una sollecitazione di acquisto, né una consulenza finanziaria. L'investimento in azioni comporta rischi, tra cui la possibilità di perdere parte o l'intero capitale investito. Le informazioni contenute nel presente articolo sono puramente informative e non costituiscono una garanzia di risultati. Per maggiori informazioni, consultare il sito www.borsa-italia.it o il sito www.consob.it. Il presente articolo non rappresenta in alcun modo un'offerta o una sollecitazione di acquisto, né una consulenza finanziaria. L'investimento in azioni comporta rischi, tra cui la possibilità di perdere parte o l'intero capitale investito. Le informazioni contenute nel presente articolo sono puramente informative e non costituiscono una garanzia di risultati. Per maggiori informazioni, consultare il sito www.borsa-italia.it o il sito www.consob.it.

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 02-01-2001 BY 60322
UNCLASSIFIED//FOR OFFICIAL USE ONLY

Balanço e Resultado da Administração					Balanço de Transferência		
	Ativo	Passivo	Resultado		Ativo	Passivo	
200	1.000,00	1.000,00	0,00	200	1.000,00	1.000,00	
201	1.000,00	1.000,00	0,00	201	1.000,00	1.000,00	
202	1.000,00	1.000,00	0,00	202	1.000,00	1.000,00	
203	1.000,00	1.000,00	0,00	203	1.000,00	1.000,00	

	0.00	0.20	0.40	0.60	0.80	1.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.40	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.60	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.80	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:15
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO VYES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CELPE

Competitive Energetics in remembrance

Av. João de Barros, 711, Boa Vista, Recife-PE, CEP 51040-000

CNPQ 16.800.552/0001-08 | Tel.: 0800-40-62 | www.cnpq.com.br

Casey D. Clifton

ADRIANA MARIA NOUGA DE A. FERNANDES

OFF 945.2M 804-50

CLASSICALS

BY REINHOLD
HESCHMANN
Munich

SPRINGER-VERLAG

1998, 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

SPERMATOPHYTES

02/01/2009

ENERGICO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BATISTA JÚNIOR

CENTROSPERUM

S. P. JOURNAL OF
ECONOMICS

TABLE 1

7005749888

7005749888 01/2020

5/4/2020 04/02/2020

83.80

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo: Água (WAt): T1/50	100,00000000	0,42556157	42,56
Consumo: Água (WAt): T2	980,00000000	0,55208725	541,05
Atividade: Banheiro AMARELA			3,88
Consumo: Água: Pública Municipal			3,46
ICMS Substância: CDE ANF 57672855-1-01/0018			0,70

TOTAL DA FATURA

DENOMINATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

13.10

Nº DO RECEBÓ	TPID DA PARCÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	VALOR DO PARC
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
007916	0,07	09-12-2018	28 407,30	07-01-2019	28 594,00	28	1026,70		94,00

[illegible]

REPRODUCED FROM THE MANUSCRIPT

VALORES EM MILHÕES DE REAIS		VALOR DO INVESTIMENTO		COMPOSIÇÃO DO CREDITO	
ANO	VALOR	VALOR DO INVESTIMENTO	%	VALOR DO INVESTIMENTO	%
2000	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2001	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2002	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2003	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2004	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2005	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2006	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2007	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2008	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2009	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2010	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2011	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2012	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2013	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2014	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2015	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2016	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2017	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2018	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2019	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2020	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2021	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2022	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2023	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2024	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2025	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2026	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2027	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2028	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2029	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2030	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2031	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2032	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2033	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2034	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2035	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2036	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2037	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2038	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2039	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2040	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2041	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2042	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2043	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2044	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2045	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2046	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2047	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2048	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2049	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2050	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2051	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2052	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2053	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
2054	1.100	1.100	100,0	1.100	100,0
205					

Copyright © 2006 by John Wiley & Sons, Inc.

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

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

© 2006 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 260: 101–110

10/10/2010 10:10 AM

ACADEMICALLY PROFICIENT STUDENTS

THESE ARE VERY IMPORTANT

[illegible]

THE UNIVERSITY OF
CHICAGO PRESS

BRUNNEN & HERMANN: *Handbuch der Zoologie*

1000

EMPRESA	VALOR ANUAL	LIMITE ANUAL		LIMITE TRIMESTRAL		TEMPO RESPOSTA (s)	LIMITE DE MANEJO (n)	
		Atual	Antigo	Atual	Antigo		Atual	Antigo
BRF	2.100,00	10.000,00	5.000,00	10.000,00	5.000,00	300	200	231
BRF	2.100,00	10.000,00	5.000,00	10.000,00	5.000,00	300	200	231
BRF	2.100,00	10.000,00	5.000,00	10.000,00	5.000,00	300	200	231

[illegible]

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE SERVIÇO ELÉTRICO

CADRE DO CLIENTE

ENCARGO DA UNIDADE CONSUMIDORA

OFF 945.234 824-50

CLASSICALS

CENTRO-SURUBIM
SURUBIM FE
55750-000

[illegible]

SPRINGER

09/20/2001	UNCA	Starwood
------------	------	----------

[illegible]

07/11/2020 2011-2012 2011-2012

7035749858	01/2020
14/01/2020	04/02/2020
	83,80

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo de água (H2O) TUSO	00,000000	0,4255197	42,55
Consumo de água (H2O) TE	98,000000	0,5543875	54,34
Atividade de trabalho AMARELA			3,88
Correio - Run Pública Municipal			3,44
ICMS Substituição - CCE - AE 07/2005-07/2016			0,00

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

13.10

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FACÇÃO	ATUAL		ANTERIOR		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	COMISSÃO PPM
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
82744	LA7	16-12-2018	28.407,38	17-01-2019	28.506,08	30	9.200,00		94,00

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

Abstract

100

[illegible]

Copyright © 2005 by John Wiley & Sons, Inc.

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

© 2000 Blackwell Science Ltd
Journal of Internal Medicine 247: 105–112

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 105–112

ACADEMICALLY PROFICIENT STUDENTS

THESE ARE VERY IMPORTANT

Progettazione e sviluppo di software per la gestione delle risorse umane e del personale. Per informazioni e richieste di materiale inviare un coupon a: **Progettazione e sviluppo di software**, via della Libertà 10, 00187 Roma, Tel. 06/47811111. Per informazioni e richieste di materiale inviare un coupon a: **Progettazione e sviluppo di software**, via della Libertà 10, 00187 Roma, Tel. 06/47811111. Per informazioni e richieste di materiale inviare un coupon a: **Progettazione e sviluppo di software**, via della Libertà 10, 00187 Roma, Tel. 06/47811111.

As a business owner, you know your business is your life. That's why you need a business plan that works for you. The Business Plan Workbook is the only business plan that's been designed to help you create a business plan that's tailored to your business. It's the only business plan that's been designed to help you create a business plan that's tailored to your business. It's the only business plan that's been designed to help you create a business plan that's tailored to your business.

BRUNNEN & HERMANN: *Handbuch der Zoologie*

1000

CICLO	VALOR ANUAL	LÍMITE ANUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE SEMESTRAL	TÉRMINO NOMINAL (D)	LÍMITE DE FINANCIOS (R)	
						ANUAL	SEMESTRAL
2010	1.100.000	1.100.000	1.100.000	1.100.000	360	200	231

	0	100	200	300	400	500
Number of people	0	100	200	300	400	500



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 ADRIANA M^{te} MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE CARLOS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, 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 JOAO 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 99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 98234-4433</u>

SURUBIM 10 de DEZEMBRO de 2019
Local e Data

Adriana M^{te} M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017

