

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de S. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684-80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos André Onorato da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.250.644/19, do sinistro de DPVAT cobertura Seguro Permanente da Vítima Carlos André Onorato da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.250.644/19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

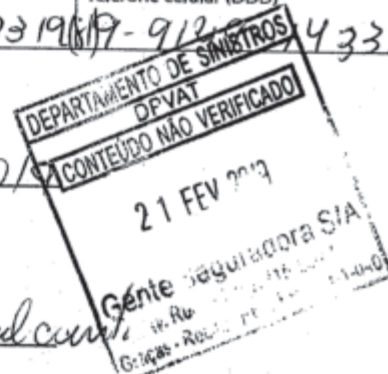
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua José Emiliano</u>		Número <u>74</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Buenos Aires</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55845-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 99216-2319</u>	Telefone celular (DDD) <u>912-912433</u>

Buenos Aires 08 de Fevereiro de 2017
Local e Data

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

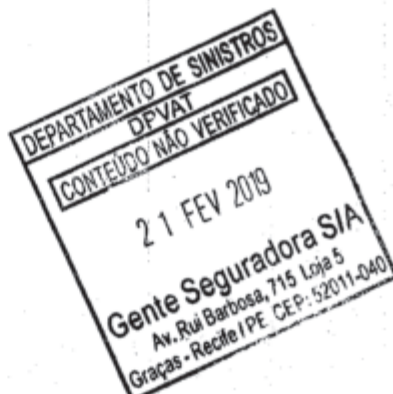
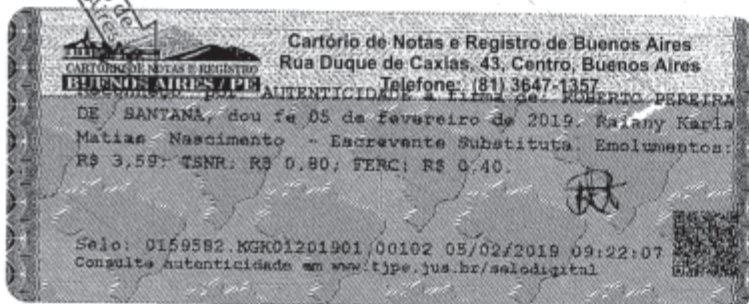
Eu, Roberto Pereira de Santana,
RG nº 9.786.816, data de expedição 10/11/2017
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 076.329.614-47, com
domicílio na cidade de Buenos Aires, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua da Estação, nº 5/N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Carlos Cimbrino Onorato da Conceição o condutor era
Carlos Cimbrino Onorato da Conceição

Veículo: Honda CG 150 Titan KS
Modelo: 2004
Ano: 2004
Placa: KHK
Chassi: 9C2KC08104R036353
Data do Acidente: _____

Local e Data: Buenos Aires; 05 de Fevereiro de 2019

Roberto Pereira de Santana
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: *30-3238*
 Nome: *Carlos Frederico Amorim da Costa* Idade: *33 anos*
 Endereço: *North Verde* Sexo: *M* Est. Civil: *S*
 Cidade: *Buenos Aires* Bairro: *Libero* CEP: *55845000*
 Documento: *33925664* Nac: *28-08-99*
 Mãe: *Edlene Maria Amorim da Costa* Sisprenatal: *Sim* Tel: *556873335*
 Profissão: *Trabalhador Rural* Pai: *João de Deus* Responsável: *(nome)*

Últimas Ocorrências
 Data: *30-3238* Nº Ocorrência: *30-3238* Motivo do atendimento: *Doença de auto*

PRE-CONSULTA
 Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()
 Horário: *16:30h* P.A. *360 x 90*
 Pulso: *90* Peso: *70* Assinatura: *(assinatura)*

Queixas / Diagnóstico: *Paciente com dor de cabeça no atendimento após acidente de motocicleta + 01 hora com dor na cabeça / fratura punho esquerdo. não apresenta medicação nem fraturas ósseas no momento*
 Tratamento: *conduta médica - encaminhamento para serviço especializado de (UPA São Lourenço da Mata) para Realização Avaliação Radiológica da Fratura. Voltar ao trabalho. Sinto dores na cabeça.*

Exames complementares: *(vazio)* Impressão diagnóstica: *(vazio)* CID: *(vazio)*

Motivo da saída: *(vazio)*
 Residência: ☐ Internado: ☐
 Justificativa: *(vazio)*
 Encaminhado: *(vazio)*
 Removido: *(vazio)*
 Objeto: *(vazio)*
 Data saída: *(vazio)*
 Hora saída: *(vazio)*
 Data da impressão: *Terça-feira, 08 de Janeiro de 2019 às 18:59*

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP	TÉCNICO / COREN
☐ INESULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM
☐ urgência básica	☐ urgência especializada	<i>ANDRÉ RESENDE</i>
☐ observação básica	☐ observação especializada	<i>26597</i>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		TÉCNICO / CONSELHO
HORÁRIO		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NAS VERIFICADO
21 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
 Av. Rio de Janeiro, 715 Loja 5
 Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO (2619159)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Admissão: 300073

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL

QUIRURGI REALIZADA:

Admitido no dia 13/12/2018, sendo submetido a tratamento ortopédico em 14/12/2018.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. DANIEL SANCHES

ORIENTAÇÕES:

1 - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

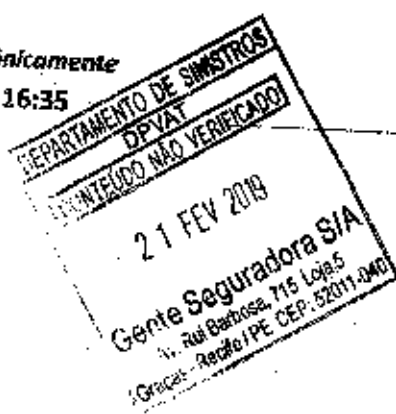
2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/12/2018 as 16:35



Dr. DANIEL SANCHES
CRM 29149



3/90/64752

006 5217/19

**Armindo Moura**
HOSPITAL GERALNome: **CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO** (1619259)

Data Nascimento: 25/08/1999

19 Anos e 5 Meses

SEXO: M

Nº de Admissão: 303594

PAINEL: [REDACTED]

Data da Admissão: 25/01/2019

Hora da Admissão:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia
Serviço: 000 - Pronto Atendimento

LADO ADO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 6 SEMANAS, APRESENTANDO FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO. APRESENTA RADIO DISTAL EM CONSOLIDAÇÃO PARCIAL.

CID = S52.5

Relatório Emitido Eletronicamente
Data: 25/01/2019 as 21:41Dr. (a) DANIEL SANCHES
CRM: 19149



PREFEITURA DE BUENOS AIRES
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 10.793.670/0001-66

RECEITUÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

Grupo Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Declaro que Carlos Andre Onorato da Conceição realizou tratamento fisioterapêutico referente a fratura de rádio distal após acidente automobilístico.

O membro refere dor em punho e apresenta, assim diminuídas tanto para flexão como extensão de punho, e Grau 3 de força muscular que o impede para realização de algumas AVDs.

Buenos Aires, 25 de março de 2019

Drª Annyella Thays L. Silva
Fisioterapeuta
CREATO-217703-F

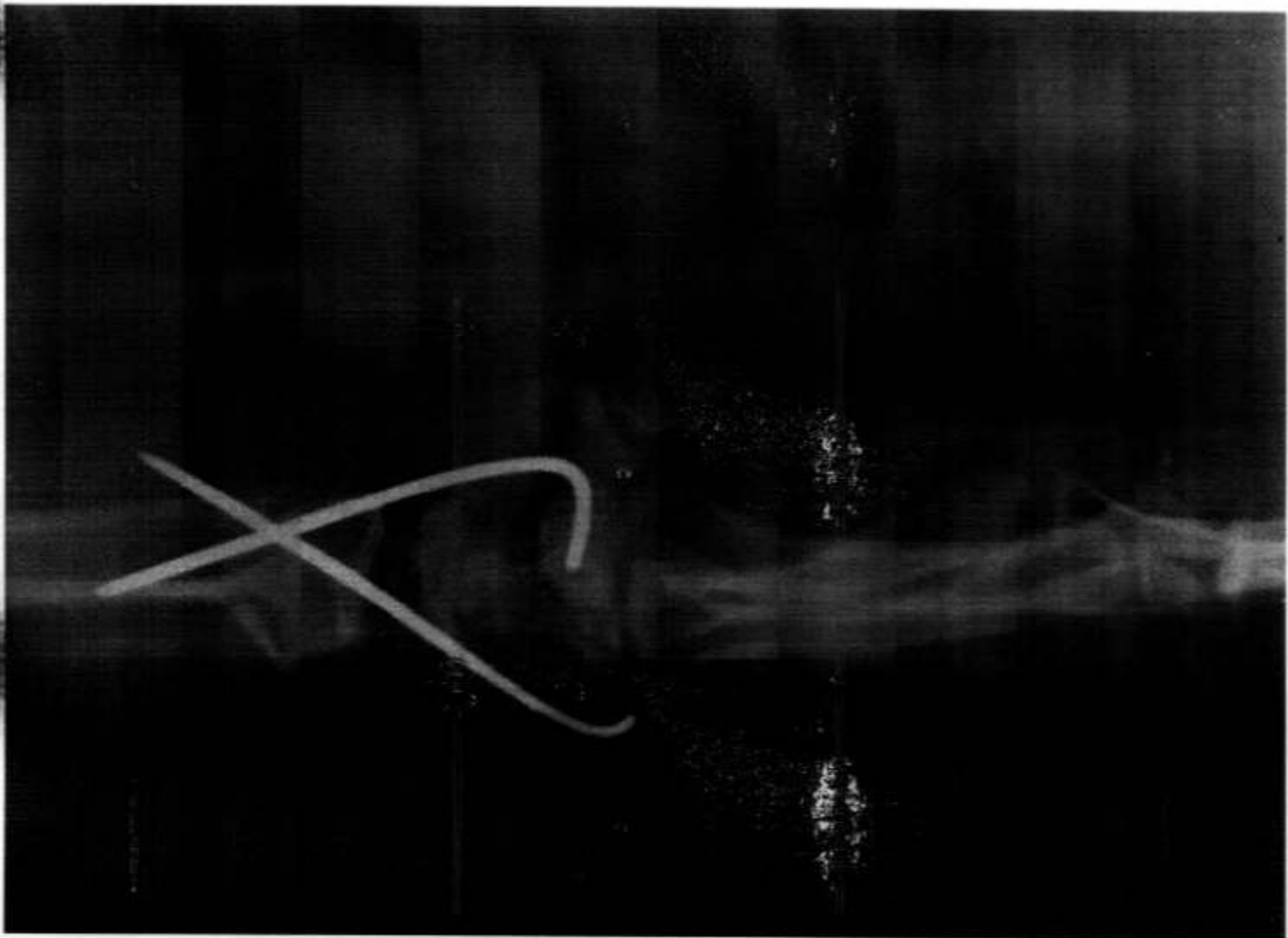
Data: ____/____/____

Médico - CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.429.455 03/08/2016

<< CARLOS ANDRÉ ONORATO DA CONCEIÇÃO >>

FILIAÇÃO << JOSIMAR GOMES DA CONCEIÇÃO >>
<< EDILENE MARIA ONORATO DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 25/08/1999

CPF 139.250.644-19

RESIDÊNCIA << CN. 131011-A13 F. 169 CART. BUENOS AIRES-PE 04.10.1999 >>

15048030109104615701407 F-72 53.112 - 5731



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 21 FEV 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 1
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.798.638 DATA DE EMISSÃO 10/02/2014

<< RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>

<< JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>

<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>

VICÊNCIA - PE DATA DE VALIDADE 24/12/1986

<< 0760340155 2013 2 00015 037 >>

0004944 10 VICÊNCIA PE >>

086.005.684-80

LEIA A FOLHA DE SINISTROS

F-59 30.287 - 3023

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190164752 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 10/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190164752 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 10/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 2 - EXAME DE IMAGEM // PÁG 2 (ANEXO 2) - CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190164752 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 10/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 2 - EXAME DE IMAGEM // PÁG 2 (ANEXO 2) - CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190164752 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 10/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190164752

Vítima: CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO

Data do Acidente: 10/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190164752

Vítima: CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO

Data do Acidente: 10/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190164752

Vítima: CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO

Data do Acidente: 10/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190164752

Vítima: CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO

Data do Acidente: 10/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



0065217/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 58ª CIRCUNSCRIÇÃO - BUENOS AIRES -
DEPARTAMENTO DE INTERIORES

ACIDENTE DE OCORRÊNCIA Nº. 19 ED 142000128

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/03/2019 às
09:13

Protocolo nº 19 ED 142000128

ACIDENTE DE TRÁNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Choque (Enfermeiro)
que ocorreu no dia 18/03/2019 às 19:13

Local do acidente: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1.ª CIRCUNSCRIÇÃO DE
DEFESA SOCIAL - BARRIO CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL -
Cidade de Buenos Aires, próximo ao endereço TAXAÍTORES DE FLORES
Cidade de Buenos Aires

Localização do acidente: Rua da Prefeitura

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NA OCORRÊNCIA:
VEÍCULO: (AUTOMÓVEL)
CONDUTOR: PESSOA DE SANTANA (OUTRO)
C. ALCO: ALCO: CONDUTOR DA CONCECÇÃO (VÍTIMA)

Outros(s) envolvidos(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na paralisação da ocorrência), que estava em posse
CARLOS ANDRÉ CONDUTOR DA CONCECÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lajes
Gratias - Recife/PE CEP: 52011-640

Descrição da(s) pessoa(s) envolvida(s)

CARLOS ANDRÉ CONDUTOR DA CONCECÇÃO (processo de trânsito) - Sexo: M
Data de Nascimento: 18/03/1988 - Nacionalidade: BRASILEIRO / PERNAMBUCO /
CPF: 12345678901234567890 - RG: 12345678901234567890 - Endereço: Rua da Prefeitura, 12345678901234567890 -
Cidade: Buenos Aires, 1.ª CIRCUNSCRIÇÃO DE DEFESA SOCIAL - BARRIO CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL -
Cidade de Buenos Aires

Localização do acidente: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1.ª CIRCUNSCRIÇÃO DE DEFESA SOCIAL - BARRIO CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL -
Cidade de Buenos Aires, próximo ao endereço TAXAÍTORES DE FLORES

Local do acidente: (não presente na planilha) - Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 18/03/1988 - Nacionalidade: BRASILEIRO / PERNAMBUCO /
CPF: 12345678901234567890 - RG: 12345678901234567890 - Endereço: Rua da Prefeitura, 12345678901234567890 -
Cidade: Buenos Aires, 1.ª CIRCUNSCRIÇÃO DE DEFESA SOCIAL - BARRIO CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL -
Cidade de Buenos Aires

18/03/2019 09:13

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

139.250.644-19

Nome completo da vítima:

Carlos Andre - Amorato da Conceição

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

Nome completo:

Carlos Andre - Amorato da Conceição

Profissão:

Recuso

Endereço:

Si Monte Zende

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Buenos Aires

Estado:

PE

Número:

10

Complemento:

CEP:

55845-000

Tel.(DDD):

(81) 9-9216-2319

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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:

AGÊNCIA: 0054

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

33110

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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, a partir da apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Inscrição
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Carlos Andre O. da Conceição

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência:

Prontuário:
 Nome: *Carlos Andrei Onorato de Lencastre* Idade: *19 anos*
 Endereço: *Monte Verdi*
 Cidade: *Buenos Aires* Bairro: *Libero*
 Documento: *13.525.064.59*
 Mãe: *Edlene Márcia Onorato de Lencastre*
 Profissão: *Trabalhador - Rural*
 Est. Civil: *3*
 CEP: *55845000*
 Nac: *25-08-99*
 Tel: *596873335*
 Sis prenatal:
 Pai: *Francisco Gomes de Lencastre*
 Responsável: *(mãe)*

Últimas Ocorrências

Data N° Ocorrência Motivo do atendimento

10-12-18

Bunde de moto

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
<i>16:30 h</i>	<i>160 x 90</i>			

Queixas / Diagnóstico

*Paciente 19 anos de idade do
no atendimento após acidente
de moto elétrica + 01 hora.
com provável lesão / fratura
punho esquerdo. neq
olergia medicamentosa
neq fútuos buerios no momento*

Tratamento

*- conduta médica.
• encaminhar momento para
serviço especializado
(UPA São Lourenço da Mata)
para Realização Avaliação
Radiológica da Fratura.
• Voltar em 01 amp. IM.
• Sinto motivos para casa.*

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Obito:

s _____ h _____ m do dia _____

data saída:

hora saída:

data da impressão: Terça-feira, 08 de Janeiro de 2019 às 18:59

Recepcionista: FÁTIMA

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM
☐ urgência básica	☐ urgência especializada	<i>ANDRÉ RESENDE</i>
☐ observação básica	☐ observação especializada	<i>26697</i>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO DE SINISTROS		HORÁRIO:
TÉCNICO / CONSELHO		
HORÁRIO		

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
21 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife / PE CEP: 52011-040

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

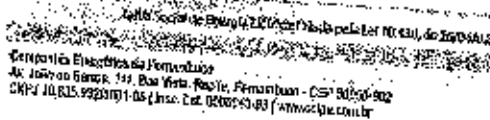
CLIENTE: CARLOS ANDRE ONORATO DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000033110-0

Nr. da Autenticação 0344CFD453CB2E3B



EDILEME (MORVA CHOCOLAD)

21. *Journal of the American Medical Association*, 1990; 263: 10

CHF 005 88184-12145 1608638220

உருவாக்கம்

BI RESIDENTIAL
2004 FENIX/COMB

1. NAME _____
 2. DATE _____
 3. TIME _____
 4. LOCATION _____
 5. REASON _____
 6. WITNESSES _____
 7. REMARKS _____
 8. SIGNATURE _____
 9. INITIALS _____
 10. REMARKS _____
 11. SIGNATURE _____
 12. INITIALS _____
 13. REMARKS _____
 14. SIGNATURE _____
 15. INITIALS _____
 16. REMARKS _____
 17. SIGNATURE _____
 18. INITIALS _____
 19. REMARKS _____
 20. SIGNATURE _____
 21. INITIALS _____
 22. REMARKS _____
 23. SIGNATURE _____
 24. INITIALS _____
 25. REMARKS _____
 26. SIGNATURE _____
 27. INITIALS _____
 28. REMARKS _____
 29. SIGNATURE _____
 30. INITIALS _____
 31. REMARKS _____
 32. SIGNATURE _____
 33. INITIALS _____
 34. REMARKS _____
 35. SIGNATURE _____
 36. INITIALS _____
 37. REMARKS _____
 38. SIGNATURE _____
 39. INITIALS _____
 40. REMARKS _____
 41. SIGNATURE _____
 42. INITIALS _____
 43. REMARKS _____
 44. SIGNATURE _____
 45. INITIALS _____
 46. REMARKS _____
 47. SIGNATURE _____
 48. INITIALS _____
 49. REMARKS _____
 50. SIGNATURE _____
 51. INITIALS _____
 52. REMARKS _____
 53. SIGNATURE _____
 54. INITIALS _____
 55. REMARKS _____
 56. SIGNATURE _____
 57. INITIALS _____
 58. REMARKS _____
 59. SIGNATURE _____
 60. INITIALS _____
 61. REMARKS _____
 62. SIGNATURE _____
 63. INITIALS _____
 64. REMARKS _____
 65. SIGNATURE _____
 66. INITIALS _____
 67. REMARKS _____
 68. SIGNATURE _____
 69. INITIALS _____
 70. REMARKS _____
 71. SIGNATURE _____
 72. INITIALS _____
 73. REMARKS _____
 74. SIGNATURE _____
 75. INITIALS _____
 76. REMARKS _____
 77. SIGNATURE _____
 78. INITIALS _____
 79. REMARKS _____
 80. SIGNATURE _____
 81. INITIALS _____
 82. REMARKS _____
 83. SIGNATURE _____
 84. INITIALS _____
 85. REMARKS _____
 86. SIGNATURE _____
 87. INITIALS _____
 88. REMARKS _____
 89. SIGNATURE _____
 90. INITIALS _____
 91. REMARKS _____
 92. SIGNATURE _____
 93. INITIALS _____
 94. REMARKS _____
 95. SIGNATURE _____
 96. INITIALS _____
 97. REMARKS _____
 98. SIGNATURE _____
 99. INITIALS _____
 100. REMARKS _____
 101. SIGNATURE _____
 102. INITIALS _____
 103. REMARKS _____
 104. SIGNATURE _____
 105. INITIALS _____
 106. REMARKS _____
 107. SIGNATURE _____
 108. INITIALS _____
 109. REMARKS _____
 110. SIGNATURE _____
 111. INITIALS _____
 112. REMARKS _____
 113. SIGNATURE _____
 114. INITIALS _____
 115. REMARKS _____
 116. SIGNATURE _____
 117. INITIALS _____
 118. REMARKS _____
 119. SIGNATURE _____
 120. INITIALS _____
 121. REMARKS _____
 122. SIGNATURE _____
 123. INITIALS _____
 124. REMARKS _____
 125. SIGNATURE _____
 126. INITIALS _____
 127. REMARKS _____
 128. SIGNATURE _____
 129. INITIALS _____
 130. REMARKS _____
 131. SIGNATURE _____
 132. INITIALS _____
 133. REMARKS _____
 134. SIGNATURE _____
 135. INITIALS _____
 136. REMARKS _____
 137. SIGNATURE _____
 138. INITIALS _____
 139. REMARKS _____
 140. SIGNATURE _____
 141. INITIALS _____
 142. REMARKS _____
 143. SIGNATURE _____
 144. INITIALS _____
 145. REMARKS _____
 146. SIGNATURE _____
 147. INITIALS _____
 148. REMARKS _____
 149. SIGNATURE _____
 150. INITIALS _____
 151. REMARKS _____
 152. SIGNATURE _____
 153. INITIALS _____
 154. REMARKS _____
 155. SIGNATURE _____
 156. INITIALS _____
 157. REMARKS _____
 158. SIGNATURE _____
 159. INITIALS _____
 160. REMARKS _____
 161. SIGNATURE _____
 162. INITIALS _____
 163. REMARKS _____
 164. SIGNATURE _____
 165. INITIALS _____
 166. REMARKS _____
 167. SIGNATURE _____
 168. INITIALS _____
 169. REMARKS _____
 170. SIGNATURE _____
 171. INITIALS _____
 172. REMARKS _____
 173. SIGNATURE _____
 174. INITIALS _____
 175. REMARKS _____
 176. SIGNATURE _____
 177. INITIALS _____
 178. REMARKS _____
 179. SIGNATURE _____
 180. INITIALS _____
 181. REMARKS _____
 182. SIGNATURE _____
 183. INITIALS _____
 184. REMARKS _____
 185. SIGNATURE _____
 186. INITIALS _____
 187. REMARKS _____
 188. SIGNATURE _____
 189. INITIALS _____
 190. REMARKS _____
 191. SIGNATURE _____
 192. INITIALS _____
 193. REMARKS _____
 194. SIGNATURE _____
 195. INITIALS _____
 196. REMARKS _____
 197. SIGNATURE _____
 198. INITIALS _____
 199. REMARKS _____
 200. SIGNATURE _____
 201. INITIALS _____
 202. REMARKS _____
 203. SIGNATURE _____
 204. INITIALS _____
 205. REMARKS _____
 206. SIGNATURE _____
 207. INITIALS _____
 208. REMARKS _____
 209. SIGNATURE _____
 210. INITIALS _____
 211. REMARKS _____
 212. SIGNATURE _____
 213. INITIALS _____
 214. REMARKS _____

1403719 1403720 1403721

ZAVARRAL BUENOS AIRES BUENOS AIR
BLENDING AREST
55045-080

Abstract

3000 3000 95 95
1000 1000 95 95

15/07/2019 13:06:30

142123

Commodity	Quantity	Unit	Value
Commodity 1	100	kg	1.00
Commodity 2	200	kg	2.00
Commodity 3	300	kg	3.00
Commodity 4	400	kg	4.00
Commodity 5	500	kg	5.00
Commodity 6	600	kg	6.00
Commodity 7	700	kg	7.00
Commodity 8	800	kg	8.00
Commodity 9	900	kg	9.00
Commodity 10	1000	kg	10.00

COAL DUST EXPOSURE

[illegible][illegible][illegible]

1. **NAME** _____
 2. **ADDRESS** _____
 3. **CITY** _____
 4. **STATE** _____
 5. **ZIP** _____
 6. **PHONE** _____
 7. **DATE** _____
 8. **SIGNATURE** _____
 9. **PRINT NAME** _____
 10. **PRINT ADDRESS** _____
 11. **PRINT CITY** _____
 12. **PRINT STATE** _____
 13. **PRINT ZIP** _____
 14. **PRINT PHONE** _____
 15. **PRINT DATE** _____
 16. **PRINT SIGNATURE** _____
 17. **PRINT NAME** _____
 18. **PRINT ADDRESS** _____
 19. **PRINT CITY** _____
 20. **PRINT STATE** _____
 21. **PRINT ZIP** _____
 22. **PRINT PHONE** _____
 23. **PRINT DATE** _____
 24. **PRINT SIGNATURE** _____
 25. **PRINT NAME** _____
 26. **PRINT ADDRESS** _____
 27. **PRINT CITY** _____
 28. **PRINT STATE** _____
 29. **PRINT ZIP** _____
 30. **PRINT PHONE** _____
 31. **PRINT DATE** _____
 32. **PRINT SIGNATURE** _____
 33. **PRINT NAME** _____
 34. **PRINT ADDRESS** _____
 35. **PRINT CITY** _____
 36. **PRINT STATE** _____
 37. **PRINT ZIP** _____
 38. **PRINT PHONE** _____
 39. **PRINT DATE** _____
 40. **PRINT SIGNATURE** _____
 41. **PRINT NAME** _____
 42. **PRINT ADDRESS** _____
 43. **PRINT CITY** _____
 44. **PRINT STATE** _____
 45. **PRINT ZIP** _____
 46. **PRINT PHONE** _____
 47. **PRINT DATE** _____
 48. **PRINT SIGNATURE** _____
 49. **PRINT NAME** _____
 50. **PRINT ADDRESS** _____
 51. **PRINT CITY** _____
 52. **PRINT STATE** _____
 53. **PRINT ZIP** _____
 54. **PRINT PHONE** _____
 55. **PRINT DATE** _____
 56. **PRINT SIGNATURE** _____
 57. **PRINT NAME** _____
 58. **PRINT ADDRESS** _____
 59. **PRINT CITY** _____
 60. **PRINT STATE** _____
 61. **PRINT ZIP** _____
 62. **PRINT PHONE** _____
 63. **PRINT DATE** _____
 64. **PRINT SIGNATURE** _____
 65. **PRINT NAME** _____
 66. **PRINT ADDRESS** _____
 67. **PRINT CITY** _____
 68. **PRINT STATE** _____
 69. **PRINT ZIP** _____
 70. **PRINT PHONE** _____
 71. **PRINT DATE** _____
 72. **PRINT SIGNATURE** _____
 73. **PRINT NAME** _____
 74. **PRINT ADDRESS** _____
 75. **PRINT CITY** _____
 76. **PRINT STATE** _____
 77. **PRINT ZIP** _____
 78. **PRINT PHONE** _____
 79. **PRINT DATE** _____
 80. **PRINT SIGNATURE** _____
 81. **PRINT NAME** _____
 82. **PRINT ADDRESS** _____
 83. **PRINT CITY** _____
 84. **PRINT STATE** _____
 85. **PRINT ZIP** _____
 86. **PRINT PHONE** _____
 87. **PRINT DATE** _____
 88. **PRINT SIGNATURE** _____
 89. **PRINT NAME** _____
 90. **PRINT ADDRESS** _____
 91. **PRINT CITY** _____
 92. **PRINT STATE** _____
 93. **PRINT ZIP** _____
 94. **PRINT PHONE** _____
 95. **PRINT DATE** _____
 96. **PRINT SIGNATURE** _____
 97. **PRINT NAME** _____
 98. **PRINT ADDRESS** _____
 99. **PRINT CITY** _____
 100. **PRINT STATE** _____
 101. **PRINT ZIP** _____
 102. **PRINT PHONE** _____
 103. **PRINT DATE** _____
 104. **PRINT SIGNATURE** _____
 105. **PRINT NAME** _____
 106. **PRINT ADDRESS** _____
 107. **PRINT CITY** _____
 108. **PRINT STATE** _____
 109. **PRINT ZIP** _____
 110. **PRINT PHONE** _____
 111. **PRINT DATE** _____
 112. **PRINT SIGNATURE** _____
 113. **PRINT NAME** _____
 114. **PRINT ADDRESS** _____
 115. **PRINT CITY** _____
 116. **PRINT STATE** _____
 117. **PRINT ZIP** _____
 118. **PRINT PHONE** _____
 119. **PRINT DATE** _____
 120. **PRINT SIGNATURE** _____
 121. **PRINT NAME** _____
 122. **PRINT ADDRESS** _____
 123. **PRINT CITY** _____
 124. **PRINT STATE** _____
 125. **PRINT ZIP** _____
 126. **PRINT PHONE** _____
 127. **PRINT DATE** _____
 128. **PRINT SIGNATURE** _____
 129. **PRINT NAME** _____
 130. **PRINT ADDRESS** _____
 131. **PRINT CITY** _____
 132. **PRINT STATE** _____
 133. **PRINT ZIP** _____
 134. **PRINT PHONE** _____
 135. **PRINT DATE** _____
 136. **PRINT SIGNATURE** _____
 137. **PRINT NAME** _____
 138. **PRINT ADDRESS** _____
 139. **PRINT CITY** _____
 140. **PRINT STATE** _____
 141. **PRINT ZIP** _____
 142. **PRINT PHONE** _____
 143. **PRINT DATE** _____
 144. **PRINT SIGNATURE** _____
 145. **PRINT NAME** _____
 146. **PRINT ADDRESS** _____
 147. **PRINT CITY** _____
 148. **PRINT STATE** _____
 149. **PRINT ZIP** _____
 150. **PRINT PHONE** _____
 151. **PRINT DATE** _____
 152. **PRINT SIGNATURE** _____
 153. **PRINT NAME** _____
 154. **PRINT ADDRESS** _____
 155. **PRINT CITY** _____
 156. **PRINT STATE** _____
 157. **PRINT ZIP** _____
 158. **PRINT PHONE** _____
 159. **PRINT DATE** _____
 160. **PRINT SIGNATURE** _____
 161. **PRINT NAME** _____
 162. **PRINT ADDRESS** _____
 163. **PRINT CITY** _____
 164. **PRINT STATE** _____
 165. **PRINT ZIP** _____
 166. **PRINT PHONE** _____
 167. **PRINT DATE** _____
 168. **PRINT SIGNATURE** _____
 169. **PRINT NAME** _____
 170. **PRINT ADDRESS** _____
 171. **PRINT CITY** _____
 172. **PRINT STATE** _____
 173. **PRINT ZIP** _____
 174. **PRINT PHONE** _____
 175. **PRINT DATE** _____
 176. **PRINT SIGNATURE** _____
 177. **PRINT NAME** _____
 178. **PRINT ADDRESS** _____
 179. **PRINT CITY** _____
 180. **PRINT STATE** _____
 181. **PRINT ZIP** _____
 182. **PRINT PHONE** _____
 183. **PRINT DATE** _____
 184. **PRINT SIGNATURE** _____
 185. **PRINT NAME** _____
 186. **PRINT ADDRESS** _____
 187. **PRINT CITY** _____
 188. **PRINT STATE** _____
 189. **PRINT ZIP** _____
 190. **PRINT PHONE** _____
 191. **PRINT DATE** _____
 192. **PRINT SIGNATURE** _____
 193. **PRINT NAME** _____
 194. **PRINT ADDRESS** _____
 195. **PRINT CITY** _____
 196. **PRINT STATE** _____
 197. **PRINT ZIP** _____
 198. **PRINT PHONE** _____
 199. **PRINT DATE** _____
 200. **PRINT SIGNATURE** _____
 201. **PRINT NAME** _____
 202. **PRINT ADDRESS** _____
 203. **PRINT CITY** _____
 204. **PRINT STATE** _____
 205. **PRINT ZIP** _____
 206. **PRINT PHONE** _____
 207. **PRINT DATE** _____
 208. **PRINT SIGNATURE** _____
 209. **PRINT NAME** _____
 210. **PRINT ADDRESS** _____
 211. **PRINT CITY** _____
 212. **PRINT STATE** _____
 213. **PRINT ZIP** _____
 214. **PRINT PHONE** _____
 215. **PRINT DATE** _____
 216. **PRINT SIGNATURE** _____
 217. **PRINT NAME** _____
 218. **PRINT ADDRESS** _____
 219. **PRINT CITY** _____
 220. **PRINT STATE** _____

[illegible]